

Arrest

nr. 126 859 van 9 juli 2014
in de zaak RvV X / VIII

In zake: X

Gekozen woonplaats: X

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding.

DE WND. VOORZITTER VAN DE VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X en X, die verklaren van Bengalese nationaliteit te zijn, op 23 april 2014 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, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding van 10 maart 2014 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis 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 ongegrond wordt verklaard.

Gezien titel Ibis, 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 27 mei 2014, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 27 juni 2014.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken M. MAES.

Gehoord de opmerkingen van advocaat H. CHATCHATRIAN, die loco advocaat P. STAELENS verschijnt voor de verzoekende partijen en van advocaat C. FLAMANG, die loco advocaat C. DECORDIER verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Verzoekers dienen op 24 augustus 2012 en 21 november 2012 een aanvraag in om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijderingen van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet), waarbij medische elementen worden aangehaald in hoofde van verzoekster.

1.2. Deze aanvragen worden op 8 juli 2013 ontvankelijk verklaard.

1.3. Op 10 maart 2014 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding (hierna: de gemachtigde) een beslissing waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet ongegrond

wordt verklaard. Verzoekers worden op 24 maart 2014 in kennis gesteld. Dit is de bestreden beslissing waarvan de motieven luiden als volgt:

“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, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 08.07.2013, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

Reden:

Het aangehaalde medisch probleem kan niet worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen 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 Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen.

In het medisch advies van de arts-adviseur van 06.03.2014 dat zich bevindt in het administratief dossier wordt vastgesteld dat de behandeling en de opvolging van de pathologie van G.M. beschikbaar is in Bangladesh en dat ze mede gelet op haar persoonlijke situatie ook toegankelijk is voor haar.

Op grond hiervan concludeert de arts-adviseur dat niet blijkt dat betrokkene lijdt aan een aandoening die een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit gezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland. Vanuit medisch standpunt is er dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar Bangladesh, (zie gesloten omslag in bijlage).

Gelet op het feit dat de arts-adviseur adviseert dat er geen bezwaar is vanuit medisch oogpunt naar een terugkeer naar Bangladesh wordt de aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen ongegrond verklaard.

Derhalve

1) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of

2) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft.

Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).”

2. Over de rechtspleging

Aan verzoekers werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegekend, zodat niet kan ingegaan worden op de vraag van de verwerende partij om de kosten van het geding ten laste te leggen van verzoekers.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. Verzoekers voeren in een eerste middel de schending aan van het zorgvuldigheidsbeginsel en van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurs-handelingen. Het middel wordt uiteengezet als volgt:

“II.1.1. De verwerende partij nam een beslissing op 10 maart 2014 die ter kennis werd gebracht aan verzoekende partijen op 24 maart 2014.

In deze beslissing verwijst verwerende partij naar het medisch advies van de arts-adviseur van 06.03.2014 dat zich bevindt in het administratief dossier en wordt er ook vermeld dat dit advies onder gesloten omslag aan Mevrouw M.G. wordt overhandigd.

Het medisch advies van de arts-adviseur telt drie bladzijden die niet gepagineerd zijn.

De eerste bladzijde van dit advies eindigt als volgt:

“Mensen met psychische en/of sociale problemen scoren lager.”

De tweede bladzijde begint als volgt:

“functioneren, op het werk of op school.”

Er kan dus niet ontkend worden dat er een stuk tekst of bladzijde in dit advies te kort is. Verzoekende partij is echter niet Nederlandstalig en heeft dit op het eerste zicht niet gezien. Bij het grondig nalezen van dit advies valt het echter op dat hier een stuk van het advies te kort is wat het voor verzoekende partij onmogelijk maakt om dit advies in zijn totaliteit te lezen, laat staan alles te begrijpen.

Door de onzorgvuldigheid van verwerende partij is dit advies op deze manier afgeleverd aan verzoekende partij en is het voor verzoekende partij onmogelijk om de beslissing in haar geheel te lezen en te begrijpen.

II.1.2. Op de tweede bladzijde van het advies van de arts-attaché staat het volgende:

“Wat betreft de toegankelijkheid van de medicatie dient verwezen te worden naar de rechtspraak van het EHRM waaruit heel duidelijk blijkt dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit of deze medicatie moeilijk kan verkregen worden door de betrokkene geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het E.V.R.M. (Arrest nr. 81574 van 23 mei 2012).

De arts verwijst hier naar arrest nr. 81574 van 23 mei 2012 van het EHRM. Dit arrest is nergens terug te vinden, noch op nummer, noch op datum.

Bijgevolg werd het administratief dossier van verzoekende partij opgevraagd bij de Dienst Openbaarheid Bestuur dd. 10 april 2014 (stuk 6) en werd daarin expliciet naar dit arrest gevraagd:

“Tevens wordt er in de beslissing verwezen naar een arrest van het EHRM, met name arrest nr. 81574 van 23 mei 2012.

Eerst en vooral hebben arresten van het EHRM geen nummer, wel de verzoekschriften. Bovendien vinden wij op datum van 23 mei 2012 geen arresten van het EHRM terug. Dus ook graag een kopie van dit stuk.”

Op 22 april 2014 werd het dossier van verzoekende partij opgehaald maar nergens in dit dossier is het arrest EHRM te vinden ...

Het is voor verzoekende partij dus onmogelijk om de beslissing van verwerende partij te begrijpen aangezien er verwezen wordt naar een arrest van het EHRM dat nergens bijgevoegd is en nergens gevonden kan worden ...

II.1.3. Zowel het zorgvuldigheidsbeginsel als de formele motiveringsplicht zijn door verwerende partij tot twee maal toe geschonden.”

3.2. De uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals voorgeschreven door de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen heeft tot doel de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid ze heeft genomen, zodat hij kan beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. De artikelen 2 en 3 van de genoemde wet van 29 juli 1991 verplichten de overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een "afdoende" wijze. Het begrip "afdoende" impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing. (RvS 6 september 2002, nr. 110.071; RvS 21 juni 2004, nr. 132.710). De bestreden beslissing moet duidelijk de determinerende motieven aangeven op grond waarvan tot de ongegrondheid van de aanvraag wordt besloten

In de motivering van de bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag, met name artikel 9ter van de vreemdelingenwet, enerzijds, en wordt gemotiveerd dat de behandeling en de opvolging van de pathologie van verzoekster beschikbaar is in Bangladesh en dat deze mede gelet op haar persoonlijke situatie ook toegankelijk is voor haar. Er wordt verwezen naar het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer van 6 maart 2014 op grond waarvan de ambtenaar-geneesheer concludeert dat niet blijkt dat betrokkene lijdt aan een aandoening die een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit gezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland. Vanuit medisch standpunt is er dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar Bangladesh. Dit zijn de determinerende motieven waarop de aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen bijgevolg ongegrond wordt verklaard. Het medisch advies van 6 maart 2014 werd in gesloten omslag gevoegd bij de bestreden beslissing en maakt integraal deel uit van de bestreden beslissing.

De Raad wijst er verder op dat de formele motiveringsplicht niet impliceert dat alle motieven uit de bestreden beslissing zelf moeten blijken. Er kan immers worden aangenomen dat aan de doelstelling van de formele motiveringsplicht om de betrokkene een zodanig inzicht te geven in de motieven van de beslissing dat hij met kennis van zaken kan uitmaken of het zinvol is de beslissing in rechte te bestrijden, is voldaan indien de betrokkene desgevallend langs een andere weg kennis heeft gekregen van de motieven waarop de beslissing is gesteund, ook al worden die motieven dan niet in de beslissing zelf veruitwendigd (RvS 19 juli 2012, nr. 220.344). Dit kan doordat de beslissing verwijst naar andere stukken, in casu het medisch advies van 6 maart 2014.

3.3. Verzoekers laten gelden dat dit medisch advies dat bij de kennisgeving op 24 maart 2014 werd overgemaakt, onvolledig was omdat er een stuk tekst is weggevallen. De verwerende partij betwist niet

dat, bij de kennisgeving van de bestreden beslissing, een zinsdeel in het advies is weggefallen. Nazicht van het administratief dossier bevestigt dat bij kennisgeving een onvolledig advies werd overgemaakt.

De verwerende partij maakt het volledige medische advies van 6 maart 2014 dat door de ambtenaar-geneesheer werd opgesteld. Dit volledige medische advies bevindt zich tevens in het administratief dossier en luidt als volgt:

"Ik kom terug op uw vraag voor medische evaluatie van de gezondheidstoestand aangehaald door genoemde persoon in het kader van haar vraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten Ingediend op 24.08.2012 + 21.11.2012.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 19/05/2012 van Dr. Lecot Wim, psychiatrie;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 31/05/2013 van Dr. Koen Titeca;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 28/07/2012 van Dr. Koen Titeca, psychiatrie;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 30/07/2012 van Dr. Tine Verdée, psychiatrie;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 10/10/2012 van Dr. Koen Titeca, psychiatrie;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 11/10/2012 van Dr. Koen Titeca, psychiatrie;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 13/10/2012 van Dr. Tine Verdée, psychiatrie;

Het medisch dossier bevat geneesmiddelenvoorschriften van Dr. Biebuyck d.d. 15/10/2012 en van Dr. Verdée d.d. 01/10/2012;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 14/11/2012 van Dr. Tine Verdée, psychiatrie;

Verwijzend naar het medisch attest d.d. 24/07/2013 van Dr. Tine Verdée, psychiatrie;

Analyse van dit medisch dossier leert mij dat betrokkene lijdt aan:

Een ernstige depressieve stoornis met verschillende suïcidepogingen. De wanhoopsdaden komen meestal voor als er slecht nieuws komt i.v.m. de verblijfsstatus. Er is een onderliggende psychiatrische stoornis met paranoia en auditieve hallucinaties die zich in 2013 begon te manifesteren. D.d. 20/05/2012 werd betrokkene één dag opgenomen na wanhoopspoging. D.d. 09/10/2012 werd ze voor twee dagen opgenomen op psychiatrie. Ze wordt verder ambulant psychiatrisch begeleid. Ze geeft aan ook als kind al depressieve klachten te hebben gehad. Een maternele neef pleegde zelfmoord op 26-jarige leeftijd en hij bleek aan schizofrenie te lijden. In haar thuisland zouden zich traumatiserende gebeurtenissen hebben voorgedaan die er nu voor zorgen dat betrokkene ook nog tekenen vertoont van een posttraumatische stress-stoornis. Haar familie zou haar huwelijk niet hebben goedgekeurd en haar uitgestoten hebben.

Samengevat lijdt betrokkene vermoedelijk aan een PTSD, een ernstige depressieve stoornis, vermoedelijk met onderliggend psychiatrisch lijden. Er zijn aanpassingsstoornissen met decompensatie met wanhoopsdaden bij weigering van asiel- of regularisatie-aanvragen. Betrokkene neemt Paroxetine, een antidepressivum en Abilify(=aripiprazol), een neurolepticum. Trazodone en Zolpidem werden afgebouwd.

De Gaf-score bedraagt 85 volgens één attest en 45 volgens een ander attest. Ik ga ervan uit dat men bedoelt dat betrokkene een score van 45 heeft. Betrokkene werkt als kamermeisje in een hotel.

Gaf-score is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen 0 en 100. De term is een afkorting van Global Assessment of Functioning. De GAF-score is een onderdeel van het DSM-IV-systeem, dat gebruikt wordt voor diagnosticeren van psychiatrische aandoeningen. "Normale" mensen, met gewone 'alledaagse' problemen, scoren in de buurt van de 100. Mensen met psychische en/of sociale problemen scoren lager. Een gaf-score van 45 à 50 betekent dat er ernstige symptomen OF ernstige beperkingen zijn in het sociaal functioneren, op het werk of op school.

Betrokkene moet kunnen beschikken over de vereiste medicatie, een antidepressivum en een neurolepticum en moet opgevolgd kunnen worden door een psychiater en/of een huisarts.

Mantelzorg is niet nodig. Ondersteuning door haar echtgenoot is wel cruciaal. De aandoening verhindert betrokkene niet van te reizen.

De vraag stelt zich naar de behandelingsmogelijkheden in Bangladesh.

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst:

Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene) :

Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank1 :

o van International SOS2 van 13/09/2012 met uniek referentienummer 4314:

o van International SOS3 van 20/09/2013 met uniek referentienummer 4991 ;

In Bangladesh werken psychiaters in het Central Hospital Limited, House 2 Road 5 Green Road Dhanmondi te Dhaka en in het Anwer Khan Modern Hospital Road 8 Dhanmondi 1205 te Dhaka. Er is het National Institute of Mental Health te Dhaka. Op Community level werden huisartsen en andere gezondheidswerkers opgeteerd in de beharteling van mentale aandoeningen, Paroxetine is beschikbaar.

Wat aripiprazol betreft, een neurolepticum, dit is niet beschikbaar maar er zijn andere atypische neuroleptica die wel beschikbaar zijn: olanzapine, risperidon en quetiapine. Deze medicatie kan aangekocht worden in de Lavender drug corner te Royal pfaza House 8/A road 4 Mirpur Road te Dhaka.

Wat betreft de toegankelijkheid van de medicatie dient verwezen te worden naar de rechtspraak van het EHRM waaruit heel duidelijk blijkt dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit of deze medicatie moeilijk kan verkregen worden door de betrokkene geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het E.V.R.M. (Arrest nr. 81574 van 23 met 2012).

Het gaat er tevens niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

Het Dhaka Community Hospital is een private non-profit organisatie die geïntegreerde en betaalbare gezondheidszorg aanbiedt aan het minder begoede deel van de bevolking. Het doet dit op basis van een gezondheidszorgverzekering. In 24 gezondheidscentra worden eerste- en tweedeëijnzorgen aangeboden.

Wanneer nodig kan binnen hetzelfde nog doorverwezen worden naar het hoogste niveau van specialisatie (derdelijnszorg). De kosten voor een consultatie zijn 0.15 euro voor een gewone dokter en 2 euro voor een consult bij een specialist.⁴ In de publieke ziekenhuizen (medical college hospital, District hospital, Upazilla health complex, union sub-center) is de medicatie gratis als ze voorhanden is, anders moeten ze gekocht worden buiten het ziekenhuis/gezondheidscentrum

Er is ook nog Gonoshasthaya Kendra dat een uitgebreid netwerk van ziekenhuizen en medische diensten heeft verspreid over heel Bangladesh. Zij behandelen iedereen in hun klinieken maar armen dienen een kleinere bijdrage te betalen dan de rijkere Bengali's."

Verder kan betrokkene terecht bij Sajida Foundation. Zij geven medische zorgen, micro-verzekeringen en microkredieten aan stedelijke armen in Bangladesh.

Het health care programma voorziet in medische zorgen in twee ziekenhuizen {Keranganj en Narayanganj} en heeft ook mobiele zorgteams. De ziekenhuizen voorzien inpatient, outpatient zorg en secundaire zorg (operaties). De patiënten moeten een jaarlijkse bijdrage leveren van 150thaka (individuele kaart). Deze kaart geeft recht op gratis consultaties, 50% korting voor gespecialiseerde zorg, 30 % korting voor operaties en tests en 10 % korting voor X-ray en sonografie. Ze hebben ook een oogcentrum"

De micro-ziekteonkostenverzekering (HELP) geeft de verzekeringsnemer financiële steun zodat de risico's verminderd worden. Er worden ook voordelen gegeven voor behandelingen in een van de Sajida ziekenhuizen: gratis consultaties, 30% korting voor diagnostische diensten, 10% korting voor X-rays en medicatie en andere diensten met kortingen.

Betrokkene legt geen bewijs van arbeidsongeschiktheid voor. We kunnen er dus vanuit gaan dat betrokkene zelf zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Betrokkene heeft geen nood aan mantelzorg, maar de ondersteuning van haarechtgenoot is cruciaal. Het lijkt erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Bangladesh geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke financiële hulp).

Bovendien legt betrokkene geen enkel bewijs voor dat ze niet in staat is te reizen, waardoor kan aangenomen worden dat een terugkeer naar Bangladesh mogelijk is.

Concluderend kan gesteld worden dat de nodige zorgen toegankelijk zijn in Bangladesh.

De zieke lijdt niet op zodanige wijze aan een aandoening dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan en toegankelijk zijn in het herkomstland.

Conclusie

Vanuit medisch standpunt kunnen we mijns inziens dan ook besluiten dat de aandoening, hoewel dit kan beschouwd worden als een aandoening die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Bangladesh. Derhalve is er m.i. vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland."

3.4. Verzoekers houden voor dat omwille van onvolledigheid ervan het onmogelijk is om het advies in zijn geheel te lezen en te begrijpen. De Raad stelt vast dat de volledige lezing van de zin waaruit een aantal woorden zijn weggevallen bij de kennisgeving, als volgt luidt: *"Een gaf-score van 45 à 50 betekent dat er ernstige symptomen OF ernstige beperkingen zijn in het sociaal functioneren, op het werk of op school."*

Rekening houdend met de andere motieven in het onvolledig advies dat bij betekening van de bestreden beslissing werd overgemaakt, meent de Raad dat verzoekers met hun kritiek niet aantonen dat de wijze waarop de kennisgeving van de bestreden beslissing zou zijn gebeurd, hen heeft gehinderd in hun mogelijkheden om de beslissing aan te vechten of hen heeft belet om daadwerkelijk kennis te nemen van de motieven van de bestreden beslissing. Het ontbrekende zinsdeel bevestigt met name de ernst van de mentale aandoening zoals ook blijkt uit de verdere motieven van het advies. Het advies bevat immers gelijklopende motieven die ertoe strekken de ernst van de mentale aandoening van verzoekster te onderkennen. De ernst van aandoening wordt in het advies dus niet betwist. Verzoekers maken bijgevolg hun belang bij het ontbreken van dit zinsdeel in medisch advies dat ter kennis werd gebracht, niet duidelijk. Verzoekers maken verder niet aannemelijk dat deze essentiële overweging en wezenlijk onderdeel van het advies hen niet ter kennis werd gebracht, gezien het geheel van de motieven van het advies. Bij lezing van het advies blijkt genoegzaam dat de motieven van het advies afdoende begrijpelijk zijn en dat de inhoud verzoekers het genoemde inzicht verschaft, waardoor het mogelijk is om de bedoelde nuttigheidsafweging te maken van de formele motiveringsplicht. Verzoekers slagen er niet om aan te tonen dat de kennisgeving van een onvolledig medisch advies, in casu hen enig nadeel heeft berokkend.

3.5. Verzoekers uiten verder kritiek op het feit dat er in het medisch advies wordt verwezen naar een arrest nr. 81 574 van 23 mei 2012 waarvan verzoekers aannemen dat het een arrest betreft van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM), dat zich echter niet in het administratief dossier bevindt en ook niet kan worden geconsulteerd.

De Raad meent echter dat nergens in het medisch advies wordt gesteld dat dit arrest een arrest van het EHRM betreft. Ondanks de slordige citeerwijze, valt uit de nummering van het arrest duidelijk af te leiden dat het arrest waarnaar wordt verwezen, een arrest van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen betreft. Dit arrest kan worden geconsulteerd worden via de website van de Raad. Uit het vervolg van het verzoekschrift maakt de Raad op dat verzoekers, of althans de raadsman, bekend zijn met de rechtspraak van het EHRM. Verzoekers betwisten overigens niet dat de rechtspraak van het EHRM stelt dat een beperkte of problematische toegankelijkheid van medische zorgen op zich geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: EVRM).

3.6. Uit verdere lezing van het verzoekschrift blijkt dat verzoekers de bestreden beslissing inhoudelijk bekritisieren waarbij zij er in slagen de motieven van de bestreden beslissing en het bijhorend advies weer te geven. Zij geven daarbij blijk kennis te hebben van de motieven vervat in het medisch advies. Verzoekers hebben aldus kunnen nagaan of het zin heeft de bestreden beslissing, waarvan het medisch advies integraal deel uitmaakt, aan te vechten. Aldus is aan de voornaamste doelstelling van de formele motiveringsplicht voldaan. Een schending van de formele motiveringsplicht wordt dan ook niet aangetoond. Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel blijkt niet.

Het eerste middel is niet gegrond.

3.7. In een tweede middel voeren verzoekers de schending aan van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel, van het redelijkheidsbeginsel en van artikel 3 van het EVRM. Het middel wordt als volgt uiteengezet:

"In de bestreden beslissing leest men:

"Het aangehaalde medisch probleem kan niet worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen 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 Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen.

In het medisch advies van de arts-adviseur van 06.03.2014 dat zich bevindt in het administratief dossier wordt vastgesteld dat de behandeling en de opvolging van de pathologie van [G.M.] [...] beschikbaar is in Bangladesh en dat ze mede gelet op haar persoonlijke situatie ook toegankelijk is voor haar.

Op grond hiervan concludeert de arts-adviseur dat niet blijkt dat betrokkene lijdt aan een aandoening die een ernstig risico inhoudt voor het leven en of de fysieke integriteit gezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland. Vanuit medisch standpunt is er dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar Bangladesh. (zie gesloten omslag in bijlage)."

II.2.2. Het zorgvuldigheidsbeginsel legt aan de overheid de verplichting op om haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op correcte feitenvinding. (RvS januari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Dit beginsel houdt in dat de overheid zich op afdoende wijze dient te informeren over alle relevante elementen om met kennis van zaken een beslissing te kunnen nemen (RvS 11 juni 2002, nr. 107. 624).

II.2.3. De arts-attaché stelt in haar beslissing dat uit de beschikbare medische gegevens blijkt dat verzoekende partij wel degelijk lijdt aan PTSD, een ernstige depressieve stoornis, vermoedelijk met onderliggend psychiatrisch lijden en dat verzoekende partij dient behandeld te worden met Paroxetine, een antidepressivum en Abilify (= aripiprazol), een neurolepticum.

Verzoekende partij moet kunnen beschikken over de vereiste medicatie, een antidepressivum en een neurolepticum en moet opgevolgd kunnen worden door een psychiater en/of een huisarts.

Volgens de arts-attaché is mantelzorg niet nodig maar is het wel cruciaal dat verzoekende partij ondersteund wordt door haar echtgenoot.

Wat de beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst betreft verwijst verwerende partij naar een aantal bronnen via het internet, met name:

1/ Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank.

2/ Een internetlink naar een lijst met psychiaters in Bangladesh.

3/ Een internetlink naar een artikel over psychische gezondheidszorg in Bangladesh.

In het administratief dossier van verzoekende partij zijn deze stukken inderdaad terug te vinden (stukken 3 – 4 - 5).

Verzoekende partij wordt momenteel behandeld met Aripiprazol, een neurolepticum. Verwerende partij moet besluiten dat dit niet beschikbaar is in Bangladesh maar wel dat er andere atypische neuroleptica beschikbaar zijn en dat deze kunnen aangekocht worden in de Lavender drug corner in Dhaka.

Volgens de informatie die verwerende partij verkregen heeft via de MedCOI databank is deze alternatieve medicatie (want het is niet de medicatie die verzoekende partij momenteel gebruikt) inderdaad beschikbaar in deze apotheek maar uit deze informatie kan men niet opmaken wat de prijs van deze medicatie is. Bovendien blijkt uit deze informatie dat het gaat om een privé apotheek dus is verzoekende partij niet zeker dat zij zal kunnen beschikken over deze medicatie wanneer zij deze nodig heeft.

Verwerende partij heeft dus wel de beschikbaarheid van deze medicatie onderzocht maar niet de toegankelijkheid van deze medicatie voor verzoekende partij. De motivering van verwerende partij is hier niet adequaat.

Bovendien houdt verwerende partij op geen enkele manier rekening met de gezondheidstoestand van verzoekende partij. Verzoekende partij is erg labiel en het feit alleen al dat zij niet weet of zij in Bangladesh verder zal kunnen begeleid worden en verder de nodige medicatie zal kunnen verkrijgen zorgt al voor een stressfactor die nota bene voor verzoekende partij fataal kan zijn.

Inzake de internetlink

http://www.emedicalpoint.com/doclist_search.php?chamber=&expertise=Psychiatry+

(stuk 4) is de verwerende partij van mening:

"In Bangladesh werken psychiaters in het Central Hospital Limited, House 2 Road 5 Green Road Dhanmondi te Dhaka en in het Anwer Khan Modern Hospital Road 8 Dhanmondi 1205 te Dhaka. Er is het National Institute of Mental Health te Dhaka."

Er wordt hier een lijst gegeven van welgeteld 5 psychiaters in Dhaka. Dhaka is de hoofdstad van Bangladesh en telt circa 10 miljoen inwoners en is daarmee de grootste stad van het land (voor Chittagong en Khulna).

Er zijn dus vijf psychiaters beschikbaar in een stad waar tien miljoen mensen leven!!! Hoe kan verwerende partij dan zomaar eventjes stellen dat het voor verzoekende partij geen enkel probleem kan zijn om psychiatrische begeleiding te verkrijgen? Het is voor verzoekende partij onmogelijk om bij een terugkeer naar Bangladesh opgevolgd te worden door een psychiater. Bovendien zouden zij en haar echtgenoot het geld niet hebben om een psychiater te betalen. Aangezien volgens verwerende partij de ondersteuning van de verzoekende partij door haar echtgenoot cruciaal is zou deze echtgenoot niet in de mogelijkheid zijn om in Bangladesh veel uit te gaan werken om de medische kosten (medicatie, psychiater) voor verzoekende partij te kunnen betalen. In theorie ziet het er dus mooi uit maar in de praktijk houdt verwerende partij geen enkele rekening met de specifieke toestand van verzoekende partij en haar echtgenoot.

Inzake de internetlink

http://www.orion-group.net/journals/Journals/vol20_Jan2005/226.htm

(stuk 5) is de verwerende partij van mening:

“Op Community level werden huisartsen en andere gezondheidswerkers opgeleid in de behandeling van mentale aandoeningen.”

Verwerende partij licht enkel deze zin uit het artikel waarin eigenlijk staat dat er nog veel werk aan de winkel is inzake mentale gezondheidszorg in Bangladesh. De tekst spreekt namelijk voor zich:

“There are about 400 million people in the world suffering from neuro-psychiatric disorders and about 1 crore 50 lacs people in Bangladesh (about 10 % of the population) are now suffering from mental illnesses. This vast number of people is in immediate needs of mental health treatment. There are about 700 beds in the government hospitals for mental patients and the number of psychiatrists in the country is about 85. This is almost impossible to provide mental health services to this large number of people in the country.

...

Mental illnesses are highly stigmatized around the globe and Bangladesh is the worst example of world scenario in this regard. Creating awareness regarding magnitude of mental illness and availability of the modern medical treatment is an urgent need of the time.

...

World Health Organization (WHO), as one of its 10 priorities, and Government of Bangladesh are also playing their parts in the development of mental health. With the collective efforts of professionals, media, NGO's, pharmaceutical companies, United Nations Organizations and government of the country mental health in Bangladesh will reach its desired goal in the coming time and this is the people's expectation.”

Als men deze tekst dus integraal leest dan staat er niet enkel in dat veel mensen momenteel opgeleid worden in de psychische gezondheidszorg maar dus dat er werkelijk nog veel werk aan de winkel is. Bovendien is de benadering van mentale problemen in Bangladesh nog niet wat het zou moeten zijn. Mensen met mentale problemen worden er erg gestigmatiseerd.

Bovendien zijn er in Bangladesh slechts 85 psychiaters voor ongeveer 166.000.000 inwoners. Ter vergelijking: in België zijn er een kleine 2.000 psychiaters voor ongeveer 10.000.000 inwoners ...

Verder in het advies van de arts-attaché verwijst de arts-attaché ook naar rechtspraak van het EHRM, namelijk:

“Wat betreft de toegankelijkheid van de medicatie dient verwezen te worden naar de rechtspraak van het EHRM waaruit heel duidelijk blijkt dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit of deze medicatie moeilijk kan verkregen worden door de betrokkene geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het E.V.R.M. (Arrest nr. 81574 van 23 mei 2012).

Verzoekende partij heeft dit arrest zowel op nummer als op datum opgezocht maar niet gevonden (cfr. II.1.2.).

Bovendien werd dit arrest opgevraagd bij de Dienst Openbaarheid Bestuur (cfr. stuk 6) maar verzoekende partij vindt dit arrest nergens terug in het administratief dossier ...

Het is voor verzoekende partij dus onmogelijk om de rechtspraak van het EHRM te kennen inzake de toegankelijkheid van de medicatie aangezien noch op arrestnummer, noch op datum dit arrest kan teruggevonden worden. Ook navraag bij verwerende partij (stuk 6) levert niets op aangezien dit arrest niet in het administratief dossier van verwerende partij terug te vinden is.

De arts-attaché verwijst in zijn advies ook naar de Sajida Foundation, een organisatie die medische zorgen, micro-verzekeringen en microkredieten verleent aan stedelijke armen in Bangladesh.

In het administratief dossier van verzoekende partij zit een artikel over de Sajida Foundation en de programma's van deze organisatie (stuk 7).

Nergens in dit stuk is er sprake van mentale gezondheidszorg, waaraan verzoekende partij specifiek nood heeft. Er is wel sprake van gynaecologie, pediatrie, orthopedie, oogziekten, enz. maar wat psychische aandoeningen betreft is er geen specialisatie bij de Sajida Foundation. Verzoekende partij kan in haar specifieke situatie dus niet terecht bij deze organisatie.

Wat de mantelzorg betreft, redeneert verwerende partij als volgt:

“Betrokkene heeft geen nood aan mantelzorg, maar de ondersteuning van haar echtgenoot is cruciaal. Het lijkt erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Bangladesh geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke financiële hulp).”

Verwerende partij erkent dus zelf het feit dat verzoekende partij nood heeft aan de ondersteuning van haar echtgenoot. Deze echtgenoot moet dus ten allen tijde klaar staan voor verzoekende partij en kan dus onmogelijk gaan werken ... Het is dus onmogelijk om in de nodige financiële middelen te voorzien om de behandeling en medicatie te betalen.

Verwerende partij stelt ook dat het erg onwaarschijnlijk lijkt dat betrokkene in Bangladesh geen familie, vrienden of kennissen zou hebben voor (tijdelijke) opvang of andere zorgen of financiële hulp.

Verwerende partij neemt dit aan maar concreet is het zo dat verzoekende partij verstoten werd door haar familie omwille van haar huwelijk met haar echtgenoot. Zij kan dus onmogelijk rekenen op de steun van deze familie ... In een van de medische attesten staat zelfs letterlijk dat zij vreest te worden vermoord door haar familie, laat staan dat zij kan worden geholpen door deze mensen ...

Verwerende partij neemt dus aan dat er familie, vrienden en kennissen zouden zijn om verzoekende partij te ondersteunen maar heeft dit niet onderzocht en gaat

er weeral van uit dit geen probleem zal zijn. Ook hier is de theorie weer een stuk mooier dan de praktijk. Indien de echtgenoot van verzoekende partij in Bangladesh dient te gaan werken, spreekt het voor zich dat verzoekende partij, zonder de hulp van haar echtgenoot, niet meer de specifieke behandeling krijgt die ze daadwerkelijk nodig heeft.

Verzoekende partij kan enkel maar concluderen dat de arts-attaché onzorgvuldig tot haar beslissing is gekomen en niet alle standaard medische getuigschriften, noch de consultatieverslagen heeft gelezen waarop duidelijk onderstreept wordt dat er mantelzorg nodig is van haar echtgenoot.

Verzoekende partij is dan ook van mening dat verwerende partij hier zeer onredelijk te werk is gegaan.

II.2.4. Uit wat onder II.2.3. werd uiteengezet blijkt dat zowel de materiële motiveringsplicht, artikel 9ter, het redelijkheidsbeginsel en het zorgvuldigheidsbeginsel werden geschonden.

II.2.5. Verzoekende partij is ook van mening dat het zorgvuldigheidsbeginsel veelvuldig geschonden is in de thans bestreden beslissing.

Ten eerste werd onzorgvuldig omgesprongen met de inhoud van de standaard medische getuigschriften (cf. supra).

Daarenboven stelt de arts-attaché in haar advies dat verzoekende partij maar andere medicatie dient te nemen dan de behandelende artsen van verzoekende partij hebben voorgeschreven en heeft zij een vluchtige opzoeking gedaan naar alternatieve medicatie zonder daarbij te weten hoeveel deze medicatie kost en zonder te weten of verzoekende partij ook daadwerkelijk in deze privé apotheek terecht zal kunnen om haar medicatie te bekomen.

Meer nog. De arts-attaché lijkt de diagnose van de behandelende arts naast zich neer te leggen en ‘veronderstelt’ dan maar – zonder verzoekende partij te onderzoeken - dat andere medicatie kan ingenomen worden.

Bovendien vermeldt ieder standaard medisch getuigschrift dat verzoekende partij nood heeft aan intensieve psychologische begeleiding en dat medicatie en mantelzorg door haar echtgenoot voor haar aandoeningen levensnoodzakelijk zijn.

Toch blijkt de arts-attaché van mening dat de behandeling van verzoekende partij beschikbaar en toegankelijk is in Bangladesh en dat er geen risico bestaat op een onmenselijke of vernederende behandeling ...

Hij is o.i. toch heel snel en zonder diepgaand onderzoek tot deze conclusie gekomen.

II.2.5. Verzoekende partij betwist dan ook met klem de toegankelijkheid van de medische zorg voor haar in Bangladesh.

Het is dan ook onredelijk van verwerende partij om op basis van de aanvraag van verzoekende partij haar aandoeningen als “ernstig” te beschouwen doch deze aanvraag ongegrond te verklaren op grond van de loutere vaststelling dat de behandeling wel beschikbaar en toegankelijk zou zijn in Bangladesh.

Verzoekende partij heeft hierboven aangetoond dat haar medicatie en opvolging door een psychiater helemaal niet zo toegankelijk is zoals verwerende partij beweert. De nodige dagelijkse opvolging en behandeling kan dus zeker niet voor honderd procent gegarandeerd worden.

II.2.6. Bovendien heeft verzoekende partij aan de verwerende partij steeds duidelijk gemaakt dat zij niet naar Bangladesh terug kan omwille van het feit dat er geen adequate zorg voor haar aanwezig is in haar land van herkomst.

De verwerende partij kan onmogelijk beweren dat zij dit standpunt van verzoekende partij niet zo zou begrepen hebben.

Verder maakt het gebrek aan een adequate behandeling in Bangladesh, een schending van artikel 3 EVRM uit.

Daar verzoekende partij ernstig ziek is (zij lijdt aan “posttraumatische stress stoornis” met depressieve component, is niet in staat om zelfstandig te functioneren en mantelzorg door haar echtgenoot is noodzakelijk), verdere medische en psychiatrische behandeling en opvolging nodig heeft, nood heeft aan medicatie en het in Bangladesh ontbreekt aan een efficiënte en/of betaalbare gezondheidszorg en mantelzorg zodat verdere behandeling van verzoekende partij aldaar nagenoeg onmogelijk zal zijn.

Een eventuele uitwijzing van de verzoekende partij zou tot gevolg hebben dat artikel 3 EVRM wordt geschonden. Artikel 3 EVRM verbiedt dat een persoon wordt onderworpen aan foltering of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen. De uitwijzing van een zieke naar een land waar onvoldoende medische voorzieningen voorhanden zijn, kan dergelijke behandeling uitmaken.

II.2.7. In die zin strijdt de bestreden beslissing dan ook met de materiële motiveringsverplichting, het zorgvuldigheidsbeginsel, het redelijkheidsbeginsel, artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en artikel 3 EVRM.”

3.9. Bij de beoordeling van de materiële motivering behoort het niet tot de bevoegdheid van de Raad zijn beoordeling in de plaats te stellen van deze van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd na te gaan of deze overheid bij de beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is gekomen (RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

De Raad wijst er op dat het zorgvuldigheidsbeginsel de overheid de verplichting oplegt haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

De schendingen van de materiële motiveringsplicht en het zorgvuldigheidsbeginsel worden beoordeeld in samenhang met de aangevoerde schending van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

3.10. De bestreden beslissing steunt op de toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet “zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen”. Deze bepaling luidde 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 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 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.(...)”

3.11. In de bestreden beslissing wordt verwezen naar het medische advies van 6 maart 2014 dat door de ambtenaar-geneesheer werd opgesteld en in punt 3.3. wordt geciteerd.

Uit dit medisch advies blijkt dat de ambtenaar-geneesheer erkent dat verzoekster moet kunnen beschikken over de vereiste medicatie, dit zijn een antidepressivum en een neurolepticum, en dat verzoekster opgevolgd moet kunnen worden door een psychiater en/of huisarts.

De beschikbaarheid en toegankelijkheid van de vereiste medische zorgen in het land van herkomst, Bangladesh, worden vervolgens onderzocht. De ambtenaar-geneesheer besluit dat deze vereiste medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn. De ambtenaar-geneesheer steunt zich hiervoor op internationale bronnen, die worden geciteerd in het advies en tevens in het administratief dossier aanwezig zijn of online consulteerbaar zijn.

3.12. Wat betreft de beschikbaarheid van de vereiste medicatie wordt in het medisch advies het volgende gesteld:

“Paroxetine is beschikbaar.

Wat aripiprazol betreft, een neurolepticum, dit is niet beschikbaar maar er zijn andere atypische neuroleptica die wel beschikbaar zijn: olanzapine, risperidon en quetiapine. Deze medicatie kan aangekocht worden in de Lavender drug corner te Royal plaza House 8/A road 4 Mirpur Road te Dhaka.”

Hieruit blijkt dat de ambtenaar-geneesheer niet zomaar heeft “*verondersteld*” dat aripiprazol kan worden vervangen door andere medicatie. De ambtenaar-geneesheer motiveert duidelijk dat aripiprazol een neurolepticum is, dat in casu niet beschikbaar is, maar dat vervangende medicatie mogelijk is, met name andere atypische neuroleptica, die in Bangladesh wel beschikbaar zijn. Vervolgens somt de ambtenaar-geneesheer drie atypische neuroleptica op die wel beschikbaar zijn, met name: olanzapine, risperidon en quetiapine. Verzoekers betwisten niet op ernstige wijze dat aripiprazol vervangen kan worden door andere atypische neuroleptica, noch tonen zij aan dat aripiprazol geen adequate behandeling voor de aandoening van verzoekster uitmaakt.

De ambtenaar-geneesheer stelt vast vervolgens dat deze vervangende medicatie kan worden aangekocht in de ‘Lavender drug corner’ te Dhaka. Verzoekers uiten kritiek op het feit dat men uit het medisch advies niet kan opmaken wat de prijs is van deze medicatie, zodat volgens verzoekers de toegankelijkheid van de medicatie niet wordt onderzocht. Uit artikel 9ter van de vreemdelingenwet volgt echter niet dat de ambtenaar-geneesheer is gehouden de prijs van elke benodigde medicatie, medische zorg of medische behandeling in het advies te veruitwendigen. Wel dient de ambtenaar-geneesheer na te gaan wat de verschillende mogelijkheden zijn om toegang te krijgen tot de benodigde medicatie of medische zorgen/behandelingen, wat hij in casu ook heeft gedaan. Met het louter betoog dat de prijs van de vervangende medicatie niet werd meegedeeld, tonen verzoekers niet aan dat deze medicatie niet beschikbaar of toegankelijk zou zijn of dat de ambtenaar-geneesheer onzorgvuldig of kennelijk onredelijk heeft geoordeeld omtrent de beschikbaarheid en toegankelijkheid ervan.

Verzoekers uiten voorts kritiek op het feit dat de medicatie verkrijgbaar is in een privé-apotheek. De Raad ziet evenwel niet in hoe uit het gegeven dat de medicatie wordt verkocht in een privé-apotheek kan worden afgeleid dat de medicatie niet beschikbaar zou zijn wanneer men deze nodig heeft, zoals verzoekers betogen. Alleszins verduidelijken verzoekers dit niet en beperken zij zich tot een insinuatie zonder deze te staven.

3.13. Wat betreft de beschikbaarheid van een opvolging door een psychiater en/of een huisarts, wordt in de bestreden beslissing als volgt gemotiveerd:

“In Bangladesh werken psychiaters in het Central Hospital Limited, House 2 Road 5 Green Road Dhanmondi te Dhaka en in het Anwer Khan Modern Hospital Road 8 Dhanmondi 1205 te Dhaka. Er is het National Institute of Mental Health te Dhaka. Op Community level werden huisartsen en andere gezondheidswerkers opgeleid in de behandeling van mentale aandoeningen.”

Verzoekers wijzen erop dat het administratief dossier een lijst bevat van welgeteld vijf psychiaters in Dhaka, een stad van 10 miljoen inwoners. Voorts wijzen verzoekers erop dat uit het geciteerde artikel

van de Orion Group blijkt dat er nog veel werk aan de winkel is inzake mentale gezondheidszorg in Bangladesh en dat mensen met mentale problemen worden gestigmatiseerd.

Vooreerst merkt de Raad op dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet geen verplichting inhoudt om gedetailleerde inlichtingen te verschaffen over waar, door wie en hoe de verzoekster behandeld zal worden bij terugkeer in haar land van herkomst. Artikel 9ter van de vreemdelingenwet stelt enkel dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van een adequate behandeling moet worden onderzocht, d.i. of er sprake is van een aangepaste, geschikte en toegankelijke behandeling. De vaststelling dat een adequate behandeling beschikbaar is, volstaat in het kader van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. De "voldoende" beschikbaarheid van een adequate behandeling dient niet te worden gegarandeerd in het kader van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, noch moet worden gegarandeerd dat de adequate behandeling in het land van herkomst even (gemakkelijk) beschikbaar is of van een zelfde of vergelijkbaar kwaliteitsniveau is als in België.

Verzoekers betwisten noch weerleggen het gegeven dat psychiaters in Dhaka aanwezig zijn noch betwisten zij dat veel huisartsen en andere gezondheidswerkers worden opgeleid in de behandeling van mentale aandoeningen, zoals ook blijkt uit het medisch advies en de geciteerde internationale bronnen die zich in het administratief dossier bevinden of online consulteerbaar zijn. Met de loutere stelling dat verzoekster bij terugkeer naar Bangladesh "onmogelijk" kan worden opgevolgd omdat er slechts vijf psychiaters in Dhaka werkzaam zijn of omdat er qua mentale gezondheidszorg in Bangladesh nog veel werk aan de winkel is, tonen verzoekers niet aan dat de ambtenaar-geneesheer onzorgvuldig of kennelijk onredelijk heeft geoordeeld dat psychiatrische opvolging en/of opvolging door een huisarts beschikbaar zijn. Het feit dat de desbetreffende lijst slechts vijf psychiaters bevat, impliceert niet dat er niet meer psychiaters zijn in Dhaka, dan wel in Bangladesh. De desbetreffende lijst gaat uit van e-medical point en bevat de waarschuwing dat ondanks een aanhoudend streven om actuele informatie te verschaffen over Bengaalse doctors, het niet gegarandeerd is dat deze lijst volledig is.

Het summiere betoog dat de onzekerheid over de beschikbaarheid van de medicatie en medische opvolging in Bangladesh voor een stressfactor zorgt die fataal kan zijn, wordt niet gestaafd en wordt daarenboven niet ondersteund door wat hierboven werd besproken.

3.14. Wat betreft de toegankelijkheid van de benodigde medicatie en medische opvolging wordt in de bestreden beslissing als volgt gemotiveerd:

"Wat betreft de toegankelijkheid van de medicatie dient verwezen te worden naar de rechtspraak van het EHRM waaruit heel duidelijk blijkt dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit of deze medicatie moeilijk kan verkregen worden door de betrokkene geen reden is om te besluiten t t een schending van artikel 3 van het E.V.R.M. (Arrest nr. 81574 van 23 met 2012).

Het gaat er tevens niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

Het Dhaka Community Hospital is een private non-profit organisatie die geïntegreerde en betaalbare gezondheidszorg aanbiedt aan het minder begoede deel van de bevolking. Het doet dit op basis van een gezondheidszorgverzekering. In 24 gezondheidscentra worden eerste- en tweedelijnszorgen aangeboden.

Wanneer nodig kan binnen hetzelfde nog doorverwezen worden naar het hoogste niveau van specialisatie (derdelijnszorg). De kosten voor een consultatie zijn 0.15 euro voor een gewone dokter en 2 euro voor een consult bij een specialist.⁴ In de publieke ziekenhuizen (médical college hospital, District hospital, Upazilla health complex, union sub-center) is de medicatie gratis als ze voorhanden is, anders moeten ze gekocht worden buiten het ziekenhuis/gezondheidscentrum

Er is ook nog Gonoshasthaya Kendra dat een uitgebreid netwerk van ziekenhuizen en medische diensten heeft verspreid over heel Bangladesh. Zij behandelen iedereen in hun klinieken maar armen dienen een kleinere bijdrage te betalen dan de rijkere Bengali's."

Verder kan betrokkene terecht bij Sajida Foundation. Zij geven medische zorgen, micro-verzekeringen en microkredieten aan stedelijke armen in Bangladesh.

Het health care programma voorziet in medische zorgen in twee ziekenhuizen (Keranganj en Narayanganj) en heeft ook mobiele zorgteams. De ziekenhuizen voorzien inpatient, outpatient zorg en secundaire zorg (operaties). De patiënten moeten een jaarlijkse bijdrage leveren van 150thaka (individuele kaart). Deze kaart geeft recht op gratis consultaties, 50% korting voor gespecialiseerde zorg, 30 % korting voor operaties en tests en 10 % korting voor X-ray en sonografie. Ze hebben ook een oogcentrum/

De micro-ziekteonkostenverzekering (HELP) geeft de verzekeringsnemer financiële steun zodat de risico's verminderd worden. Er worden ook voordelen gegeven voor behandelingen in een van de Sajida ziekenhuizen: gratis consultaties, 30% korting voor diagnostische diensten, 10% korting voor X-rays en medicatie en andere diensten met kortingen.

Betrokkene legt geen bewijs van arbeidsongeschiktheid voor. We kunnen er dus vanuit gaan dat betrokkene zelf zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Betrokkene heeft geen nood aan mantelzorg, maar de ondersteuning van haarechtgenoot is cruciaal. Het lijkt erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Bangladesh geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke financiële hulp)."

Verzoekers betogen dat zij het geld niet hebben om een psychiater te betalen. Omdat de ondersteuning door de echtgenoot aan verzoekster cruciaal is, stellen verzoekers dat de echtgenoot niet de mogelijkheid heeft om in Bangladesh uit werken te gaan om de medische kosten te betalen. Wat betreft de verwijzing naar de Sajida Foundation, wijzen verzoekers erop dat in het desbetreffende artikel over deze organisatie nergens sprake is van mentale gezondheidszorg, wat een specialisatie is waarvoor verzoekster bij deze organisatie niet terecht kan. Verzoekers wijzen er ook op dat zij niet kunnen rekenen op de steun van de familie van verzoekster omdat zij werd verstoten omwille van haar huwelijk met verzoeker.

Uit het medisch advies blijkt dat verzoekster geen nood heeft aan mantelzorg, maar dat ondersteuning door haar echtgenoot wel cruciaal is. Hieruit kan echter niet worden afgeleid dat de voortdurende aanwezigheid van haar echtgenoot is vereist. Bovendien blijkt uit medisch advies dat verzoekster momenteel werkt als kamermeid, wat niet wordt betwist. Dit gegeven klemmt met het betoog als zou haar echtgenoot niet uit werken kunnen gaan omdat hij te allen tijden klaar moet staan voor verzoekster.

Wat betreft eventuele hulp door familie en het gegeven dat de ambtenaar-geneesheer geen rekening heeft gehouden met het feit dat verzoekster door haar familie werd verstoten, merkt de Raad op dat dit gegeven geen afbreuk kan doen aan het geheel van het toegankelijkheidsonderzoek waarbij verschillende mogelijkheden om toegang te krijgen tot de benodigde medicatie of medische zorgen/behandelingen werden nagegaan. Hetzelfde geldt voor verzoekers' kritiek op de verwijzing naar de Sajida Foundation.

Uit het toegankelijkheidsonderzoek blijkt dat de ambtenaar-geneesheer ook andere mogelijkheden om toegang te krijgen tot de benodigde medicatie en medische opvolging heeft geïdentificeerd: de mogelijke hulp van vrienden en kennissen qua tijdelijke opvang en financiële hulp, de gratis of goedkope dienstverlening via het Dhaka Community Hospital, de mogelijkheid tot een kleinere bijdrage voor armen in het netwerk van ziekenhuizen van Gonoshasthaya Kendra, de kortingen via het health care programma in twee ziekenhuizen, de micro-ziekteonkostenverzekering (HELP) en het feit dat verzoekster niet arbeidsongeschikt is of dit minstens niet bewijst.

De Raad stelt vast dat verzoekers deze mogelijkheden om toegang tot de benodigde medicatie en medische opvolging te krijgen, niet concreet betwisten noch weerleggen. Zij tonen derhalve niet aan dat de ambtenaar-geneesheer, rekening houdend met hun specifieke situatie, onzorgvuldig of kennelijk onredelijkheid heeft geoordeeld omtrent de toegankelijkheid van de benodigde medicatie en medische opvolging.

Verzoekers tonen met hun betoog niet aan dat de ambtenaar-geneesheer zijn advies niet zorgvuldig heeft voorbereid, noch dat het advies tot stand is gekomen met miskenning van de voorliggende gegevens of op grond van een incorrecte feitenvinding. Verzoekers maken ook niet aannemelijk dat de ambtenaar-geneesheer de voorliggende gegevens op kennelijk onredelijk wijze heeft beoordeeld en onredelijk tot het volgende besluit is gekomen: *"Vanuit medisch standpunt kunnen we mijns inziens dan ook besluiten dat de aandoening, hoewel dit kan beschouwd worden als een aandoening die een reëel*

risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Bangladesh. Derhalve is er m.i. vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland.”

Verzoekers tonen voorts niet aan dat de gevolgtrekkingen die de gemachtigde uit de feitelijke vaststellingen en het advies van de ambtenaar-geneesheer afleidt, onzorgvuldig of kennelijk onredelijk zijn. Er wordt niet aangetoond dat het kennelijk onredelijk is van de gemachtigde om de bestreden beslissing te baseren op het advies van de ambtenaar-geneesheer en de aanvragen, vermeld in punt 1.1., ongegrond te verklaren. Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel noch van de materiële motiveringsplicht blijkt. 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), wat in deze niet het geval is.

Tenslotte wordt niet aangetoond dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet in casu werd miskend.

3.15. Verzoekers voeren een schending aan van artikel 3 van het EVRM en betogen dat een terugkeer naar Bangladesh niet mogelijk is omdat het in Bangladesh ontbreekt aan een efficiënte en /of betaalbare gezondheidszorg zodat verder behandeling nagenoeg onmogelijk zal zijn.

Met betrekking tot vreemdelingen die zich beroepen op hun medische toestand en het gebrek aan medische en sociale zorg in het land van terugkeer om hun verwijdering tegen te houden, oordeelt het EHRM dat artikel 3 van het EVRM geenszins waarborgt dat vreemdeling op het grondgebied van een Verdragsluitende Staat mag blijven louter om de reden dat die Staat betere medische verzorging kan verstrekken dan het land van herkomst. Enkel *“in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn”*, kan een schending van artikel 3 EVRM aan de orde zijn (EHRM 27 mei 2008, N. v. Verenigd Koninkrijk, § 42).

Het Hof meent dat het nodig is om een hoge drempel te handhaven in zulke zaken omdat de eventuele schade hier niet voortvloeit uit rechtstreekse handelingen of nalatigheden van overheden of niet-staatelijke actoren, maar daarentegen voortvloeit uit objectieve factoren zoals de fysieke of mentale gezondheid van een verzoeker en het gebrek aan voldoende middelen in het land van terugkeer om daarmee om te gaan (EHRM 10 april 2012, nr. 60286/09, Balogun v. Verenigd Koninkrijk, par. 31). Het EVRM is volgens het Hof immers essentieel gericht op de bescherming van burgerlijke en politieke rechten. Volgens het Hof kan artikel 3 EVRM niet worden beschouwd als een verplichting voor de Verdragsluitende Staten om de ongelijkheden tussen landen op vlak van medische voorzieningen te overbruggen door het voorzien van gratis en onbeperkte gezondheidszorg aan illegaal verblijvende vreemdelingen (EHRM 27 mei 2008, nr. 26565/05, N. v. Verenigd Koninkrijk, §§ 43-44).

Het volstaat dat er enige vorm van medische behandeling en desgevallend sociale en/of familiale opvang beschikbaar is in het land van terugkeer. Het gegeven dat een medische behandeling beperkt beschikbaar is omwille van logistieke of geografische redenen, het gegeven dat de medische behandeling minder makkelijk verkrijgbaar is (EHRM 17 januari 2006, nr. 50278/99, Aoulmi v. Frankrijk, par. 57-60, EHRM 27 mei 2008, nr. 26565/05, N. v. Verenigd Koninkrijk, par. 46-51) of zelfs van mindere kwaliteit is dan in de Verdragsluitende Staat (EHRM 29 juni 2004, nr. 7702/04, Salkic e.a. v. Zweden; EHRM, 27 september 2005, nr. 17416/05, Hukic v. Zweden en EHRM 24 juni 2003, nr. 13669/03, Henao v. Nederland (ontvankelijkheidsbeslissing)) of het gegeven dat de medische behandeling aanzienlijk veel geld kost of dat de financiële toegankelijkheid van beschikbare behandeling ernstige problemen kan geven (EHRM 15 februari 2000, nr. 46553/99, SCC v. Zweden; EHRM, 22 juni 2004, nr. 17868/03, Ndangoya v. Zweden en EHRM 25 november 2004, nr. 25629/04, Amegnigan v. Nederland), is geen beslissend element om de vereiste *“zeer uitzonderlijke omstandigheden”* in het licht van artikel 3 EVRM vast te stellen.

Tenslotte herinnert de Raad eraan dat uit de rechtspraak van het EHRM volgt dat de omstandigheid dat een terugkeer naar het land van herkomst de gezondheidstoestand van een vreemdeling beïnvloedt, de levensverwachting op betekenisvolle manier doet verminderen of dat de situatie in het land van herkomst minder gunstig is, niet volstaat om een schending van artikel 3 van het EVRM vast te stellen (EHRM 27 mei 2008, nr. 26565/05, N. v. Verenigd Koninkrijk, par. 42).

Indien er geen sprake is van “*zeer uitzonderlijke omstandigheden*” die toelaten om een schending van artikel 3 van het EVRM vast te stellen, volgt er ook geen verplichting om verzoekers in België te behandelen en er te laten verblijven.

In casu, waar de beweerdde schending van artikel 3 EVRM verbonden is met de medische situatie van verzoekster, wijst de Raad er op dat een blote bewering of een eenvoudige vrees voor onmenselijke behandeling op zich niet volstaat om een inbreuk uit te maken op artikel 3 EVRM. Het is aan verzoekers om een begin van bewijs te leveren van zwaarwegende gronden die aannemelijk maken dat verzoekster bij terugkeer naar het land van herkomst zal worden blootgesteld aan een reëel risico op onmenselijke behandeling (zie EHRM 11 oktober 2011, nr. 46390/10, Auad v. Bulgarije, par. 99, punt (b) en RvS 20 mei 2005, nr. 144.754), quod non in casu, aangezien verzoekers niet op ernstige en concrete wijze betwisten of weerleggen dat de benodigde medicatie en medische opvolging beschikbaar zijn in Bangladesh.

Een schending van artikel 3 van het EVRM wordt bijgevolg in deze stand van zaken niet aannemelijk gemaakt.

Het tweede middel is niet gegrond.

4. Korte debatten

De verzoekende partijen hebben geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden aangevoerd. 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 negen juli tweeduizend veertien door:

mevr. M. MAES,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. T. LEYSEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

T. LEYSEN

M. MAES