

breitung von Aids, insbesondere im südlichen Afrika, sei eine menschliche Tragödie von immensem Ausmaß. Ein Abschiebungsverbot nach Art. 3 EMRK sei hierauf keine geeignete Antwort.³⁶ Gleichzeitig weisen die Lordrichter darauf hin, dass das Innenministerium die Möglichkeit habe, im konkreten Fall eine

gerichtlich nicht überprüfbare Härtefallentscheidung zugunsten der Ausländerin zu treffen.

³⁶ House of Lords, aaO, Rn. 9, 18, 53, 67, 72.

Dr. med. Hans Wolfgang Gierlichs, Aachen*

Zur psychiatrischen Versorgung im Kosovo

Der nachfolgende Beitrag untersucht die Frage, ob traumatisierte Menschen eine psychiatrische Behandlung im Kosovo erhalten können, die zur Vermeidung einer konkreten Gefährdung entsprechend § 60 VII AufenthG ausreicht. Er legt hierbei die Angaben des Verbindungsbüros in Priština zugrunde. Der Autor kommt zu einem negativen Ergebnis und weist darauf hin, dass einige wichtige Beschlüssen des OVG Münster daher von fachlich unzutreffenden Voraussetzungen ausgehen.

1. Ausgangspunkt

Die Frage, ob traumatisierte Menschen eine psychiatrische Behandlung im Kosovo erhalten können, die zur Vermeidung einer konkreten Gefährdung entsprechend § 60 VII AufenthG ausreicht, wird seit längerem kontrovers diskutiert. Psychiatrische und psychotherapeutische Fachleute, Pro Asyl, der Schweizerische Flüchtlingsrat, UNMIK, UNHCR und vor Ort tätige Hilfsorganisationen verneinen diese Möglichkeit. Das Bundesamt für Migration und die Verwaltungsgerichtsbarkeit äußern sich unterschiedlich.

Aus fachlicher Sicht ist die Frage, ob Traumastörungen von Flüchtlingen, die im Kosovo traumatisiert wurden, dort behandelt werden können, nicht überwiegend oder gar ausschließlich von der dortigen psychiatrischen Infrastruktur abhängig. Traumatisierungen lassen sich auch bei vorhandener Versorgung infolge krankheitspezifischer Reaktionsweisen nur sehr eingeschränkt in dem Land behandeln, in dem die Traumatisierungen stattgefunden haben.

Behörden und Verwaltungsgerichte beachten dies oft nicht. Sie sehen auch – entgegen dem veröffentlichten Stand der Wissenschaft¹ – eine rein medikamentöse Behandlung von Traumastörungen für ausreichend an und überprüfen dementsprechend nur, ob die psychiatrische Infrastruktur ihrer Ansicht nach eine solche zulässt. In den letzten 1 ½ Jahren bejahen sie diese Frage bezüglich des Kosovo zunehmend.

Sie berufen sich hierbei meist auf Berichte des Verbindungsbüros in Priština über die medizinischen Versorgungsmöglichkeiten im Kosovo, die von anderen Stellen als zu positiv eingestuft werden, aber bisher nicht genauer daraufhin überprüft wurden, was sie über die tatsächliche Versorgungskapazität des Kosovo aussagen.

Im Folgenden soll daher – zunächst unabhängig von den oben skizzierten erheblichen krankheitspezifischen fachlichen Be-

denken – die Frage untersucht werden, ob die in den Berichten des deutschen Verbindungsbüros genannten, im Vergleich zu anderen Berichten eher optimistischen Zahlen über Ärzte und Einrichtungen im Kosovo ausreichen, um eine zur Vermeidung konkreter Gefährdung ausreichende basale Versorgung von Traumatisierten seriös als möglich erscheinen zu lassen.

2. Behandlungsmöglichkeiten für psychische Erkrankungen im Kosovo

Das deutsche Verbindungsbüro listet in mehreren Berichten aus den ersten drei Monaten des Jahres 2006, die an das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und die Ausländerbehörden gerichtet sind, unter der Überschrift »medizinische Versorgung im Kosovo« angeblich vorhandene Behandlungsmöglichkeiten für psychische Erkrankungen, speziell Traumastörungen auf. Es geht in diesen Berichten nicht, wie der Titel vorgibt, um die allgemeine medizinische Versorgung, sondern speziell um die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten im Kosovo.

Die Angaben in diesen Berichten über das vorhandene Fachpersonal sind etwas unklar. So wird ausgeführt, »insgesamt« arbeiteten im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) 37 spezialisierte Neuropsychiater und 22 Psychiater. Es wird nicht näher erläutert, wo die insgesamt 59 Fachärzte arbeiten, sondern nur mitgeteilt, es ständen sieben Mental Health Care Center (MHC) mit je einem Facharzt und fünf psychiatrische Abteilungen (ohne Arztangabe) im Kosovo bereit. In den NGO-Einrichtungen Kosovo Rehabilitation Center for Torture Victims (KRCT) und Kosovo Institut for Mental Health Recovery (KIMHR) ständen weitere zehn Fachärzte zur Verfügung. Darüber hinaus gäbe es noch Allgemeinärzte, drei Psychologen im öffentlichen Gesundheitsdienst und zwei in den NGO Einrichtungen. Medica verfüge über elf spezialisierte Beraterinnen. Über die Zahl frei praktizierender Fachärzte oder Diplom-Psychologen sei nichts Genaueres bekannt. Es ergeben sich folgende Zahlen:

* Der Verfasser ist Arzt für Innere Medizin, Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker DGPT/DGIP, Koordinator der Arbeitsgruppe SBPM Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen, Beauftragter für Flüchtlingsfragen und Koordinator des AK Trauma und Migration der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT.

¹ Vgl. Flatten u.a.: Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentext, Schattauer 2005.

	»Spezialisten«	Psychiater und Neuro-psychiater	Psychologen	Spezialisierte Beraterinnen
ÖGD	37	22	3	
KRCT		3	1	
KIMHR		7	1	
Medica Kosova				11
Summe	37	32	5	11

Damit stehen nach Angaben des Verbindungsbüros 69 Fachärztinnen und Fachärzte zur Verfügung, die berechtigt wären, eine fachärztliche Diagnostik und medikamentöse Minimalversorgung, durchzuführen. Da nicht bekannt ist, ob (und wie viele) Fachärztinnen und Fachärzte zusätzlich privat tätig sind, kann dies nicht berücksichtigt werden. Die in dem Bericht genannten Psychologen und Berater können einigen schwer betroffenen Menschen sicherlich helfen, sie spielen aber bei der psychiatrisch-medikamentösen Basisversorgung eher keine relevante Rolle.

Im Kosovo leben etwa 2 Millionen Menschen. Entsprechend internationalen Untersuchungen² ist davon auszugehen, dass nach einem (Bürger)krieg mindestens 10 bis 20% dieser Bevölkerung, also 200.000 bis 400.000 Menschen krankheitswertige Traumatisierungen aufweisen. Es können auch wesentlich mehr Menschen betroffen sein.³

Hinzu kommen die übrigen psychiatrisch kranken Menschen.

Deren Häufigkeit lässt sich durchaus einschätzen. In Europa erkranken laut der weltweit größten und umfassendsten Bestandsaufnahme zur psychischen Gesundheit in Europa, der Studie »Psychische Störungen in Deutschland und der EU«⁴ vom 1.12.2005 »27% der Bevölkerung im Lauf eines Jahres an mindestens einer psychischen Störung wie z.B. eine Depression, bipolare Störung, Schizophrenie, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Sozialphobie, Panikstörung, Generalisierte Angst, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen oder Demenz«. Wenn nur sehr schwere Störungsbilder berücksichtigt werden, erkranken – neben den Traumatisierten – zusätzlich zumindest 10 bis 15 % der Bevölkerung im Lauf eines Jahres psychiatrisch, sodass mindestens weitere 200.000 bis 300.000 Personen zu versorgen sind.

Die genannten 69 Kolleginnen und Kollegen haben somit insgesamt im Kosovo 200.000 bis 400.000 traumatisierte und mindestens 200.000 bis 300.000 an sonstigen psychischen Erkrankungen leidende Menschen, also insgesamt 400.000 bis 700.000 psychisch kranke Menschen ärztlich zu versorgen. *Jede Kollegin und jeder Kollege muss im Mittel über 8000 psychisch kranke Menschen fachärztlich behandeln.*

Um eine Minimalversorgung zu gewährleisten, muss zunächst bei jeder Patientin und jedem Patienten eine psychiatrische klinische Untersuchung durchgeführt werden, je nach Krankheitsbild müssen auch Zusatzuntersuchungen angesetzt und durchgeführt werden, um eine verantwortbare Diagnose als Grundlage eines medikamentösen Therapieplans zu erstellen. Bei den Folgekontakten muss der Verlauf überwacht und dokumentiert werden, Kontrolluntersuchungen sind durchzuführen, um Nebenwirkungen zu erkennen und Dosisanpassungen vorzunehmen. Psychopharmaka sind hochwirksame und damit auch potentiell

gefährliche Medikamente. Die notwendigen Verordnungen sind zu rezeptieren. Daneben muss der organisatorische Aufwand bewältigt werden. Um diese Tätigkeiten, die noch keinerlei psychotherapeutische oder verbal-psychiatrische Behandlung enthalten, durchzuführen, hätten die erwähnten 69 psychiatrischen Ärztinnen und Ärzte bei einer Monatsarbeitszeit von 175 Stunden, eine unerreichbare optimale Zeitaufteilung ohne Pausen und ohne Fortbildung etc. vorausgesetzt, theoretisch rechnerisch für jede(n) ihrer ca. 8000 psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten kaum mehr als eine Minute pro Monat zur Verfügung.

Allein die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung benötigt einen unterschiedlich hohen, aber immer relevanten Zeitaufwand. Die deutsche Verwaltungsgerichtsbarkeit geht, ähnlich wie das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, davon aus, dass beispielsweise die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) »eine intensive Befassung über einen längeren Zeitraum« erfordert. Sonst könne die Diagnose nicht gestellt werden. Nach den Erfahrungen von Fachleuten dauert die Diagnose einer Traumastörung auch bei spezialisierten Untersuchern mindestens ein bis zwei Stunden, oft deutlich länger. Auch andere psychiatrische Störungen können differentialdiagnostisch nur mit einem Zeitaufwand geklärt werden, der in einem ähnlichen Bereich liegt. Um ihre psychisch kranken Patientinnen und Patienten wenigstens diagnostisch abzuklären, benötigte jede(r) der erwähnten Kolleginnen und Kollegen über 12.000 Stunden. Sie wären bei einer Jahresarbeitszeit von 2000 Stunden über sechs Jahre allein damit beschäftigt, die Kranken erstmals kennen zu lernen und eine Grundlage für die Therapie zu schaffen. Die Patienten müssten bis zu sechs Jahren auf eine diagnostische Abklärung warten und nach der Diagnose weitere sechs Jahre auf den nächsten Kontrolltermin.

Die hier vorgenommenen statistischen Überlegungen gehen von einer ununterbrochenen Fließbandarbeit, einer perfekten Organisation der Terminvergabe etc. aus und sind daher wirklichkeitsfremd und viel zu optimistisch, die Realität dürfte aufgrund der Infrastruktur des Landes noch wesentlich problematischer sein.

Die Zahlen zeigen, dass auch bei Ausblendung krankheitsspezifischer Hindernisse und Übernahme der Zahlen des Verbindungsbüros die Diskrepanzen zwischen notwendiger und vorhandener Versorgungskapazität erheblich und unüberbrückbar sind. Die Zahlen anderer Berichte sind deutlich niedriger (so spricht die schweizerische Flüchtlingshilfe von 16 Psychiatern⁵).

2 Kessler u.a., Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey, Archives of General Psychiatry 1995; Mollica u.a., Disability Associated With Psychiatric Comorbidity and Health Status in Bosnian Refugees Living in Croatia, JAMA 1999; Nygard/Malterup, Rapid screening for post-traumatic stress disorder among Bosnian war refugees. Tidsskrift for Norske Lægeforening, 1995; Thulesius/Hakansson, Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian war refugees, J. traumatic stress 1999; Weine u.a., Psychiatric consequences of the ethnic cleansing: Clinical assessment and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees, Amer. J. Psychiatry 1995.
 3 Matern, Kosova, zur medizinischen Versorgungslage, Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2001.
 4 Wittchen, Psychische Störungen in Deutschland und der EU, Größenordnung und Belastung, deutscher Präventionskongress 2005.
 5 Kosova, medizinische Versorgungslage, http://www.asyl.net/Magazin/6_2004b.htm#F4

Aber auch unter Zugrundelegung der höheren Zahlen des Verbindungsbüros ist zunächst keinerlei suffiziente Diagnostik und anschließend keine Therapie möglich ist. Psychiatrisch erkrankte Menschen können nicht einmal annähernd minimal versorgt werden, abgesehen davon, dass die Kolleginnen und Kollegen bei dem Versuch, dies ansatzweise zu leisten, bald zusammenbrechen würden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch die Zahlen des Verbindungsbüros, so optimistisch sie sein mögen, eine nennenswerte basale psychiatrische Versorgung ausschließen.

3. Beschlüsse des OVG Münster zu § 60 VII AufenthG

Diese Situation wird von manchen Einrichtungen realistisch eingeschätzt und berücksichtigt. So geht das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Außenstelle Berlin, im Oktober 2005⁶ nicht davon aus, dass im Kosovo »ein Ausländer die zur Vermeidung erheblicher konkreter Gefährdung i. S. des § 60 VII 1 AufenthG geeignete Behandlung seiner Erkrankung erreichen kann«. Ähnlich äußert sich die UNMIK.⁷ Auch eine ganze Reihe von Verwaltungsgerichtsurteilen und Beschlüssen berücksichtigt den realen Mangel an Fachkräften.

Es gibt aber auch eine dem entgegen laufende Tendenz in Urteilen einiger Oberverwaltungsgerichte, in denen behauptet wird, eine medikamentöse Versorgung, die eine konkrete Gefährdung Traumatisierter ausschließt, sei im Kosovo möglich.

So führt der 13. Senat des OVG Münster in einem Beschluss vom 16.12.04⁸ aus:

»Bei Rückkehr der Klägerin in den Kosovo ist eine wesentliche Verschlimmerung ihrer Erkrankung im Sinne existentieller Gesundheitsgefahren aus Sicht eines vernünftigen und besonnenen Menschen nicht ernstlich zu befürchten und damit nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Erkrankung ist nämlich in Würdigung aller im vorliegenden Verfahren ausgewerteten Erkenntnisquellen und des § 53 VI 1 AuslG innewohnenden Zumutbarkeitsgesichtspunkts (§ 108 I VwGO) im Kosovo generell jedenfalls soweit behandelbar, dass sie zumindest auf dem gegebenen Niveau gehalten werden kann und damit ihre Verschlimmerung und erst recht eine solche bis hin zu existentiellen Gefahren verhindert werden kann. Die Erkrankung der Klägerin weist keine Besonderheiten auf, die insoweit eine abweichende Würdigung rechtfertigen«.

Ein Beschluss desselben Senats vom 30.5.05⁹ äußert sich wortgleich.

Die beinahe zynisch und menschenverachtend klingende Argumentation dieser ohne Verhandlung gefassten Beschlüsse berücksichtigt nicht, dass auch vor einer medikamentösen »Minimalversorgung« im Kosovo zunächst die diagnostische Abklärung durch die verantwortlichen Behandler vor Ort erfolgen muss. Sie ist aus verschiedensten Gründen unabweislich notwendig, so auch deshalb, weil sich die Krankheitsbilder nach der Belastung einer Abschiebung von dem Bild vor der Abschiebung in Deutschland unterscheiden.¹⁰ Dies macht eine aktuelle Diagnostik als Grundlage der Behandlung erforderlich. Aus der häufig aufgestellten richterlichen Behauptung, die in Deutschland durchgeführte (oft ausführliche) Diagnostik sei nicht ausreichend

substantiiert und daher nicht abgesichert, müsste sich aus der Sicht der Gerichte erst recht ein weiterer dringender Grund für die Notwendigkeit erneuter aufwendiger Diagnostik im Herkunftsland ableiten.

Eine solche Diagnostik ist wie erwähnt zeitaufwendig und keineswegs möglich. Ohne dies zu bedenken, wird lapidar behauptet, eine medikamentöse Behandlung sei möglich und ausreichend. Ohne Diagnose zu behandeln ist aus fachlicher Sicht nicht vorstellbar und unethisch. Es hieße, medizinisches Roulette zu spielen und die Behandelten erheblich zu gefährden.

Neben der Unmöglichkeit einer auch nur annähernd suffizienten Diagnostik infolge des eklatanten Mangels an Fachärzten leugnet die Argumentation der restriktiven Urteile auch die seit Jahren vorgetragene und belegte Tatsache, dass Traumastörungen im Land der Traumatisierungen nur in Einzelfällen mit sehr klaren Einschränkungen, nach entsprechender Vorbereitung und auf freiwilliger Rückkehrbasis behandelbar sind. Hierzu haben sich neben Fachleuten aus Behandlungszentren für Folteropfer und der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (Haenel, Gierlichs¹¹) auch die relevanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaften¹² geäußert:

»Eine zwangsweise Rückführung ... verstärkt den Traumatisierungsprozess ... Seine Behandlungsmöglichkeit im Herkunftsland wird durch eine möglicherweise vorhandene medizinische Infrastruktur nur unwesentlich beeinflusst. In räumlichem Kontakt mit den Orten der Gewalterfahrungen ist nicht damit zu rechnen, dass bei den Betroffenen ein Gefühl innerpsychischer Sicherheit entsteht, das für einen Behandlungserfolg notwendig ist. Insofern verbessern im Herkunftsland bestehende Behandlungsmöglichkeiten die Prognose nur gering. Wichtig ist vielmehr, einen sicheren Lebensraum zu ermöglichen. Wir halten es für wichtig, auf diese Gesetzmäßigkeiten des traumatischen Prozesses hinzuweisen«

Die Stellungnahme repräsentiert den wissenschaftlichen Sachverstand. Eine Verwaltungsgerichtsbarkeit, die dies nicht berücksichtigt und sich auf teilweise skurrile Literaturstellen und Einzelmeinungen zurückzieht, gerät in Gefahr, das Niveau der fachlichen Begründungen ihrer Urteile und Beschlüsse unerträglich zu senken.

Aber auch ohne Berücksichtigung dieser wissenschaftlichen Fakten bleibt es unerklärlich, wie der Senat aus den Daten des Verbindungsbüros eine ausreichende Minimalversorgung konstruiert. Die dort beschriebene psychiatrische Infrastruktur ist wie dargestellt nicht einmal für eine Minimalbehandlung ohne Berücksichtigung der krankheitsspezifischen Probleme ausreichend.

6 Schreiben an die Ausländerbehörde Berlin vom 13.10.2005, http://www.asyl.net/Magazin/12_2005c.html

7 Z. B.: Verfügbarkeit ausreichender medizinischer Behandlung von PTSD im Kosovo, 31.1.2005, <http://www.asyl.net/Magazin/Docs/2005/M-5/6002kos.pdf>

8 OVG Münster, ZAR 2005, 71 = EZAR 051 Nr. 1.

9 OVG Münster, Beschl. v. 30.5.2005, 13 A 4539/04. A.

10 Gierlichs/Wenk-Ansohn, ZAR 2005, 405.

11 Haenel, Zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, ZPPM 4/2003, Gierlichs u.a., ZAR 2005, 158.

12 Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu den Folgen der Abschiebung, ZPPM 4/2003 und http://www.infodienst.bzga.de/migration/angebote/04_03/abschiebung.htm

Die entsprechende Argumentation einer sachkundigen Kollegin wie Frau Dr. Schlüter-Müller wird so interpretiert, als verlange sie »deutsche Qualitätsstandards«, um sie so abzuqualifizieren¹³. Dies ist fachlich gesehen unseriös. Die Zahlen des Verbindungsbüros zeigen, dass es keineswegs um hohe Qualitätsstandards geht, sondern darum, dass eine Minimalversorgung nicht gewährleistet ist.

Im Interesse eines fortbestehenden Ansehens der verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung erscheint es aus fachlicher Sicht dringend notwendig, dass die Fakten auch von restriktiven Senaten zur Kenntnis genommen und berücksichtigt werden.

¹³ OVG Münster, o. Fn. 7.

RECHTSPRECHUNG

Sprachkenntnisse als Einbürgerungsvoraussetzung

EZAR NF 73 Nr. 3

1. Für eine Anspruchseinbürgerung nach § 10 StAG »ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache« i.S.d. § 11 StAG erfordern neben mündlichen grundsätzlich auch gewisse schriftliche Kenntnisse der deutschen Sprache.

2. Der Einbürgerungsbewerber muss sich nicht eigenhändig schriftlich ausdrücken können.

3. Ein Einbürgerungsbewerber, der selbst nicht deutsch schreiben kann, muss deutschsprachige Texte des täglichen Lebens lesen und diktieren sowie das von Dritten mit technischen Hilfsmitteln Geschriebene auf seine Richtigkeit überprüfen und so die schriftliche Äußerung als seine »tragen« können.

BVerwG, Urt. v. 20.10.2005, BVerwG 5 C 8.05

Aus den Gründen

Der Kläger begehrt eine Zusicherung zur Einbürgerung. Im Streit stehen die Anforderungen, die an »ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache« i.S.d. § 11 Satz 1 Nr. 1 StAG zu stellen sind.

Dem Kläger steht der geltend gemachte Anspruch auf Erteilung einer Zusicherung zu, im Falle der Aufgabe seiner bisherigen Staatsangehörigkeit eingebürgert zu werden (§ 10 Abs. 1 StAG). Der Anspruch ist nicht nach § 11 Satz 1 Nr. 1 StAG ausgeschlossen. Denn der Kläger verfügt über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache.

1. Der von dem Kläger geltend gemachte Anspruch auf Zusicherung der Einbürgerung ist nach den §§ 10, 11 StAG in der ab dem 1. Januar 2005 geltenden Fassung des Art. 5 des Zuwanderungsgesetzes vom 30. Juli 2004 (BGBl I S. 1950) zu beurteilen. Wird mit der Verpflichtungsklage der Erlass eines Verwaltungsakts begehrt, darf die Behörde zu dessen Erlass nur verpflichtet werden, wenn sie dazu nach der geltenden Rechtslage verpflichtet bzw. befugt ist; ändern sich die maßgeblichen Rechtsvorschriften, ist die neue Rechtslage vorbehaltlich abweichender Übergangsregelungen auch dann zu berücksichtigen, wenn sie dem Kläger nachteilig ist (BVerwG, Beschluss vom 19. August 1996 – BVerwG 1 B 82.95 – InfAuslR 1996, 399 m.w.N.; zur Einbürgerung s.a. BayVGh, Urteil vom 17. Februar 2005 – 5 BV 04.1225 – NVwZ-RR 2005, 856; Urteil vom 14. April 2005 – 5 BV 03.3089 –). Die im Zeitpunkt der Antragstellung und der Entscheidung des Verwaltungsgerichts für die Beurteilung des streitgegenständlichen Einbürgerungsanspruchs maßgeblichen Regelungen der §§ 85 ff. AuslG sind zum

1. Januar 2005 in dem hier entscheidungserheblichen Kern dem Wortlaut nach unverändert in das Staatsangehörigkeitsgesetz eingegliedert worden (§§ 10 ff. StAG) und der Beurteilung des Begehrens des Klägers zu Grunde zu legen. Eine entgegenstehende Übergangsvorschrift, welche insoweit die Fortgeltung des bisherigen Rechts für anhängige Einbürgerungsanträge anordnete, enthält das Zuwanderungsgesetz nicht; da der Kläger seine Einbürgerung erst am 23. November 1999 beantragt hatte, unterfällt er auch nicht der Übergangsregelung des § 40c StAG (s. Art. 5 Nr. 18 Zuwanderungsgesetz). § 104 Abs. 2 AufenthG ist eine Übergangsregelung allein zu § 9 Abs. 2 AufenthG und auf § 11 StAG weder unmittelbar noch entsprechend anzuwenden. [...]

2. Zwischen den Beteiligten steht allein im Streit, ob dem Anspruch des Klägers auf Zusicherung der Einbürgerung der Anspruchsausschlussgrund des § 11 Satz 1 Nr. 1 StAG entgegensteht, da er »nicht über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt«. Dies ist nicht der Fall.

2.1 Mit der Voraussetzung »ausreichender Kenntnisse der deutschen Sprache« bezeichnet § 11 Satz 1 Nr. 1 StAG das für die Anspruchseinbürgerung erforderliche Sprachniveau durch einen auslegungsbedürftigen und auslegungsfähigen unbestimmten Rechtsbegriff. Für die Auslegung dieses Ausschlussgrundes kommt es entscheidend auf eine Abgrenzung der »ausreichenden Kenntnisse der deutschen Sprache« gegenüber einem geringeren Sprachniveau an. Der vorliegende Fall gibt dabei keinen Anlass zu näheren Ausführungen zur Frage, welche Anforderungen an die Kenntnisse der deutschen Sprache hinsichtlich der Fähigkeit zu mündlicher Kommunikation zu stellen sind; zu beurteilen ist allein, ob bzw. in welchem Umfang »ausreichende Sprachkenntnisse« auch Kenntnisse der deutschen Schriftsprache, mithin die Fähigkeit voraussetzen, einen Text in deutscher Sprache zu lesen und zu schreiben.

Der Wortlaut erlaubt allerdings noch keinen sicheren Aufschluss, ob die für die Einbürgerung nach § 10 StAG zu verlangenden Sprachkenntnisse auch Kenntnisse und Fähigkeiten der deutschen Schriftsprache umfassen. Der Begriff der Sprache als Mittel der Kommunikation kann gegebenenfalls lediglich die gesprochene bzw. gehörte Sprache und nicht auch die Schriftsprache bezeichnen; dass das Staatsangehörigkeitsgesetz – anders als z.B. § 6 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes für die Spätaussiedlergemeinschaft – nicht die Fähigkeit zu einem einfachen Gespräch auf Deutsch genügen lässt, weist allerdings darauf, dass der Gesetzgeber neben mündlichen grundsätzlich auch gewisse schriftliche Kenntnisse der deutschen Sprache als erforderlich sieht. Auch die Entstehungsgeschichte erlaubt keinen klaren Rückschluss. § 11