

Aus der Klinik für Tropenmedizin
der Missioklinik am Klinikum Würzburg Mitte gGmbH
Chefarzt: Prof. Dr. med. August Stich

Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
vorgelegt von
Fides Teresa Piepenbrink
aus Würzburg

Würzburg, Februar 2021

Referent:	Prof. Dr. med. August Stich
Korreferentin:	Prof. Dr. med. Ildikó Gágyor
Dekan:	Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 22.12.2021

Die Promovendin ist Zahnärztin

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Thematische Einführung.....	1
1.1.1 Freiwilliger Auslandsdienst.....	1
1.1.2 Internationale Freiwilligendienste in Deutschland	3
1.1.3 Entwicklungspolitischer Freiwilligendienst weltweit.....	6
1.2 Aktuelle Relevanz und Zielsetzung der Arbeit.....	9
1.3 Aufbau der Arbeit.....	11
2 Material und Methoden	12
2.1 Fragebögen	12
2.1.1 Teilnehmerauswahl	12
2.1.2 Konstruktion der Fragebögen	13
2.1.3 Aufbau der Fragebögen.....	13
2.1.4 Studiendurchführung/Datenerhebung	15
2.1.5 Datenaufbereitung	16
2.1.6 Datenanalyse.....	16
2.2 Experteninterviews	17
2.2.1 Expertenauswahl	17
2.2.2 Gesprächsstruktur	18
2.2.3 Dokumentation und Aufbereitung der Daten	18
2.2.4 Qualitative Inhaltsanalyse.....	18
2.3 Datenschutz.....	20
2.3.1 Datenschutzrechtliche Grundlagen	20
2.3.2 Datenschutzrechtliche Prinzipien	20
2.3.3 Einwilligung der Betroffenen.....	21
2.3.4 Anonymisierung der Forschungsdaten.....	23
3 Ergebnisse	25
3.1 Fragebogen 1	25

3.1.1	Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 1 zur Person	25
3.1.2	Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 1 zum Auslandsaufenthalt	25
3.1.3	Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 1 zum Gesundheitszustand während des Auslandsaufenthaltes	27
3.1.4	Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 1 zum Gesundheitszustand nach dem Auslandsaufenthalt	29
3.2	Fragebogen 2	29
3.2.1	Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 2 zu Person und Auslandsaufenthalt	29
3.2.2	Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 2 zum Gesundheitszustand vor dem Auslandsaufenthalt	30
3.2.3	Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 2 zum Gesundheitszustand während des Auslandsaufenthaltes	31
3.2.4	Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 2 zum Gesundheitszustand nach dem Auslandsaufenthalt	32
3.3	Experteninterviews	33
3.3.1	Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse	33
3.3.2	Vergleichende Betrachtungsweise	50
4	Diskussion	53
4.1	Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse	53
4.2	Diskussion der Ergebnisse	54
4.2.1	Gesundheit während Auslandsaufenthalt	54
4.2.2	Gesundheit vor Reiseantritt	66
4.2.3	Gesundheit nach Auslandsaufenthalt	71
4.3	Limitationen der Studie	73
4.3.1	Kritik der Methoden	73
4.3.2	Inhaltliche Kritik	76
4.4	Schlussfolgerung	77
5	Zusammenfassung	81
6	Anhang	83
7	Literaturverzeichnis	101

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Teilnehmerzahlen weltwärts 2008 bis 2016.....	8
Abb. 2: Einsatzländer und weitere bereiste Länder (Fragebogen 1).....	26
Abb. 3: Tätigkeiten (Fragebogen 1)	27
Abb. 4: Erkrankungen während des Auslandsaufenthaltes (Fragebogen 1)	28

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Gegenstand des Datenschutzes.....	20
Tab. 2: Datenschutzrechtliche Prinzipien.....	21
Tab. 3: Anforderungen und Bestandteile der informierten Einwilligung	22
Tab. 4: Anonymisierung der Fragebögen	23
Tab. 5: Anonymisierung der Transkripte der Experteninterviews	24

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
ADiA	Anderer Dienst im Ausland
AGEH	Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe e. V.
AKLHÜ e. V.	Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e. V.
ArbMedVV	Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DED	Deutscher Entwicklungsdienst
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DHF	Hämorrhagisches Denguefieber
DS-GVO	Datenschutzgrundverordnung
DSS	Dengue-Schock-Syndrom
DTG	Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Globale Gesundheit e. V.
EAEC	Enteroaggregative Escherichia coli
EFD	Europäischer Freiwilligendienst
FDJ	Freie Deutsche Jugend
FÖJ	Freiwilliges Ökologisches Jahr
FÖJA	Freiwilliges Ökologisches Jahr im Ausland

FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
FSJA	Freiwilliges Soziales Jahr im Ausland
GG	Grundgesetz
GIZ	Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Version 10
ICRC	International Committee of the Red Cross
IFD	Internationaler Freiwilligendienst
IJFD	Internationaler Jugendfreiwilligendienst
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch-Institut
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut
THW	Technisches Hilfswerk
TKG	Telekommunikationsgesetz
TMG	Telemediengesetz
VSO	Voluntary Service Overseas
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

1.1 Thematische Einführung

1.1.1 Freiwilliger Auslandsdienst

Sherraden et al. definieren Internationale Freiwilligendienste im Jahr 2008 folgendermaßen:

„International volunteer service is defined as an organized period of engagement and contribution to society by volunteers who work across an international border, in another country or countries. International volunteer service may be sponsored by public or private organizations, it is recognized and valued by society, and volunteers receive little or no monetary compensation.“ (2008: 397)

Immer mehr junge Menschen träumen davon, sich für eine Zeit im Ausland zu engagieren. Dabei spiegeln sich in den persönlichen Motiven der Heranwachsenden insbesondere zentrale Themen der Identitätsentwicklung wider (vgl. Krettenauer und Gudulas 2003: 222). So gaben Freiwillige in einer quantitativen Studie aus dem Jahr 1998 an, etwas Neues erleben, andere Kulturen und Lebensweisen kennen lernen, die Zeit zwischen Schule und Studium für etwas Praktisches nutzen, sich selbst weiterbilden sowie anderen Menschen helfen und die eigenen sozialen Kenntnisse und Fähigkeiten verbessern zu wollen (vgl. Rahrbach et al. 1998; zitiert nach Krettenauer und Gudulas 2003: 222). Den jungen Erwachsenen geht es dabei also um *„die Exploration von Perspektiven und um das Erarbeiten eines eigenen Commitments insbesondere im beruflichen und im weltanschaulich-politischen Bereich“* (Krettenauer und Gudulas 2003: 223). Individuelle Motive sind in der heutigen Zeit für freiwilliges soziales Engagement entscheidend (vgl. Krettenauer und Gudulas 2003: 222) – laut Liebig gelten Freiwilligendienste *„als Symbol einer ‚neuen Kultur des Sozialen‘, als Ausdruck praktischer Solidarität auf dem Weg in die Bürgergesellschaft“* (2009: 12).

Freiwillig Engagierte schätzen heutzutage offensichtlich sowohl die zeitliche Befristung der Auslandsdienste als auch ihre Bildungs- und Orientierungsfunktion. Das gilt insbesondere für Menschen, die sich in Übergangssituationen befinden

– nach dem Schulabschluss, in Erwerbslosigkeit oder im Anschluss an das aktive Berufsleben (vgl. Stemmer 2009: 28).

Befürworter von freiwilligen Auslandsdiensten betonen neben einer Ausweitung der Völkerverständigung sowie der interkulturellen und globalen Kompetenz auch die Reduzierung von Vorurteilen und Stereotypen als Ziel von Freiwilligendiensten. Des Weiteren ist es den Freiwilligen möglich, ihre Fremdsprachenkenntnisse und Kommunikationsfähigkeit zu verbessern sowie neue Strategien in der Bewältigung von Problemen zu entwickeln. Die Vermittlung von beruflichen Perspektiven sowie die Förderung von Selbstständigkeit, Selbsterfahrung und Selbstreflexion wirken sich aus Sicht der Befürworter ebenfalls positiv auf die Entwicklung der Freiwilligen aus. (vgl. Moghaddami-Talemi 2014: 6 f.)

Einige Kritiker sehen in freiwilligen Auslandsdiensten jedoch *„Wegbereiter für neo-imperialistische Strukturen [...], die existierende Ungleichheit verstärken und zur Verfestigung bereits bestehender Vorurteile beitragen“* (Moghaddami-Talemi 2014: 6 f.). Darüber hinaus hätten die Bedürfnisse der Freiwilligen gegenüber denjenigen der einheimischen Bevölkerung Priorität. Schließlich sehen sich die Organisationen auch dem Vorwurf ausgesetzt, einen *„finanziell kostengünstigen Alternativtourismus“* (Moghaddami-Talemi 2014: 7) oder gar einen *„Abenteuerurlaub auf Staatskosten“* (Euler 2007: 5) zu ermöglichen.

In der Debatte um die Sinnhaftigkeit freiwilliger Auslandsdienste scheint laut Moghaddami-Talemi jedoch unbestritten, dass diese unter Einhaltung der notwendigen Rahmenbedingungen *„einen potentiell positiven Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung der Teilnehmenden haben können“* (2014: 7). Darüber hinaus sei Allports Kontakthypothese aus dem Jahr 1954 auch von neueren Studien bestätigt worden – Auslandsaufenthalte hätten demnach *„einen positiven Einfluss auf den Abbau von Vorurteilen und Stereotypen“* (Moghaddami-Talemi 2014: 7).

Die Möglichkeiten, einen Freiwilligendienst im Ausland zu leisten, sind vielfältig. Einen Überblick über internationale Freiwilligendienste in Deutschland gibt das folgende Kapitel.

1.1.2 Internationale Freiwilligendienste in Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland (BRD) entstanden in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg meist mithilfe weltweiter pazifistischer und religiöser Organisationen die internationalen Friedensdienste wie etwa der christliche Friedensdienst EIRENE, die Aktion Sühnezeichen oder der Verein Internationale Jugendgemeinschaftsdienste. Während in diesem Rahmen zunächst internationale Workcamps durchgeführt wurden, zählen inzwischen auch mittel- oder längerfristige Auslandsfreiwilligendienste zum Angebot. Vergleichbare Entwicklungen gab es auch in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR). Sogenannte Brigaden der Freundschaft der Freien Deutschen Jugend (FDJ) leisteten von dort aus im befreundeten Ausland Entwicklungshilfe – einige dieser Projekte übernahm auch der Deutsche Entwicklungsdienst (DED) nach der Wiedervereinigung Deutschlands. Sowohl das Freiwillige Soziale Jahr (FSJ) als auch das Freiwillige Ökologische Jahr (FÖJ) können seit den 1990er Jahren im Ausland durchgeführt werden. Die Einführung des Europäischen Freiwilligendienstes (EFD) sollte in dieser Zeit zur Förderung einer Realisierung der sogenannten Unionsbürgerschaft beitragen. Mit der Einführung des entwicklungspolitischen Dienstes weltweit durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) im Jahre 2008 erfuhr die Breite der Auslandsfreiwilligendienste in Deutschland eine weitere Veränderung. (vgl. Stemmer 2009: 19)

Aktuell können Freiwillige grundsätzlich zwischen staatlich geregelten und sog. flexiblen Auslandsfreiwilligendiensten wählen. Kennzeichnend für staatlich geregelte Auslandsfreiwilligendienste sind dabei gesetzlich vorgegebene Rahmenbedingungen bzgl. Teilnehmer, Dauer, Inhalt oder Ablauf des Dienstes. Die Programme weltweit und kulturweit, der Internationale Jugendfreiwilligendienst (IJFD), der Europäische Freiwilligendienst (EFD), der Andere Dienst im Ausland (ADiA) sowie das Freiwillige Soziale Jahr im Ausland (FSJA) und das Freiwillige Ökologische Jahr im Ausland (FÖJA) gehören beispielsweise zu dieser Form.

Flexibel in Bezug auf gesetzliche Rahmenbedingungen sind hingegen Freiwilligendienste auf privatrechtlicher Basis und internationale Workcamps. Wesentlicher Unterschied zwischen staatlich geregelten und flexiblen Auslandsfreiwilli-

gendiensten ist – mit Ausnahme des ADiA – die Förderung durch öffentliche Mittel. Während Teilnehmer der gesetzlich geregelten Auslandsfreiwilligendienste die anfallenden Kosten nur zu einem Teil selbst tragen müssen, fallen die der flexiblen Auslandsdienste vollständig auf die Freiwilligen zurück. Relativiert wird dieser Unterschied jedoch durch die Tatsache, dass die Teilnehmer staatlich geförderter Freiwilligendienste dazu angehalten werden, eigenständig einen Spenderkreis zusammenzustellen, um einen nicht unwesentlichen Teil der anfallenden Kosten zu decken. Für Freiwillige in nicht geförderten Auslandsdiensten besteht ebenfalls die Möglichkeit, Spenderkreise aufzubauen oder Stipendien zu erhalten. (vgl. Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. 2015: 7; Für soziales Leben e.V. 2016; Stemmer 2009: 19 f.)

Das Einsatzland kann weltweit von jedem Freiwilligen so gut wie beliebig gewählt werden – vorausgesetzt es liegt keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vor. Beim EFD ist das Einsatzland innerhalb Europas sowie benachbarter Länder zu wählen, beim FÖJA können Freiwillige europaweit eingesetzt werden.

Während die Teilnehmer von weltwärts, kulturweit und FSJA zwischen 18 und 26 bzw. 27 Jahren alt sind, liegt das Alter bei IJFD und FÖJA zwischen 16 und 26 bzw. 27 Jahren, beim EFD zwischen 16 und 30 Jahren. Sowohl den ADiA als auch den flexiblen Auslandsfreiwilligendienst können Freiwillige ab 18 Jahren aufnehmen, Workcamps sind im Alter von 14 bis 70 Jahren möglich.

Die Dauer der Auslandseinsätze beträgt bei weltwärts, FSJA und FÖJA sechs bis 24 Monate, bei kulturweit sechs bis zwölf Monate und beim IJFD sechs bis 18 Monate. Teilnehmer am EFD sind zwei bis zwölf Monate, am ADiA mindestens acht Monate im Auslandsdienst tätig. Workcamps haben gewöhnlich eine Länge von zwei bis vier Wochen, Freiwilligendienste auf privatrechtlicher Basis von einem bis 36 Monaten.

Während sich die Freiwilligen von weltwärts in sehr vielfältigen Arbeitsbereichen engagieren können, sind diejenigen von kulturweit häufig in deutschen Schulen im Ausland und die Teilnehmer am FSJA in sozialen Bereichen tätig.

Im IJFD werden gemeinnützige, im EFD soziale, kulturelle und ökologische Projekte unterstützt. Ökologische Projekte sind Schwerpunkt im FÖJA, soziale Projekte im ADiA. Workcamps und andere flexible Freiwilligendienste widmen sich u. a. sozialen und ökologischen Projekten. (vgl. Engels et al. 2005: 210 f.; Für soziales Leben e.V. 2016; Stemmer 2009: 20 f.)

Der Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. (AKLHÜ e.V.) veröffentlichte im Dezember 2015 die Ergebnisse einer Online-Befragung internationaler Freiwilligendienste aus dem Jahr 2014, die in dieser Form zum elften Mal durchgeführt worden ist. Eine so detaillierte Erfassung aktiver Freiwilliger in staatlich wie privatrechtlich geregelten Diensten ist in Deutschland einmalig. Mit der Beteiligung von 177 gemeinnützig ausgerichteten Entsendeorganisationen wurde dabei ein hoher Prozentsatz der 2014 entsandten Freiwilligen erfasst. Insgesamt 7.270 Freiwillige gingen im Jahr 2014 über die befragten Entsendeorganisationen vermittelt ins Ausland – dabei waren 6.574 (90 %) in staatlich geregelten, 696 (10 %) in privatrechtlich geregelten Freiwilligendiensten aktiv. Darüber hinaus nahmen 1.551 Personen an internationalen Workcamps teil. Die Gesamtzahl der Personen, die über staatlich und privatrechtlich geregelte Organisationen entsandt wurden, blieben dabei im Verlauf der letzten Jahre relativ konstant: 7.029 Freiwillige 2009, 7.270 Freiwillige 2014. Im Vergleich zu 2013 sind die Vermittlungen um 6 % zurückgegangen. Ein deutlicher Rückgang von Freiwilligen, die über privatrechtlich geregelte Organisationen ins Ausland gehen, ist seit der Einführung des entwicklungspolitischen Dienstes weltwärts 2008 und des IJFD 2010 zu verzeichnen: 1.484 Freiwillige 2008, 696 Freiwillige 2014.

Die Dauer der Auslandsaufenthalte betrug bei rund 86 % der Teilnehmer staatlich geregelter Freiwilligendienste zwischen elf und 13 Monaten, bei 13 % zwischen sechs und elf Monaten und bei etwa 1 % mehr als 13 Monate.

Beinahe 48 % aller in staatlich geregelten Freiwilligendiensten aktiven Teilnehmer wurden im Rahmen des weltwärts-Programms, mehr als 40 % über IJFD vermittelt. Dabei waren Indien, Südafrika, das Vereinigte Königreich, Frankreich und Peru die beliebtesten Einsatzländer. Der Frauenanteil betrug bei staatlich

geregelten Programmen 68 %, bei privatrechtlich geregelten 71 % und in internationalen Workcamps etwa 65 %. Dabei waren mehr als 81 % aller Freiwilligen zwischen 18 und 20 Jahre alt, rund 5 % waren älter als 25 Jahre. Etwa 40 % der Teilnehmer an internationalen Workcamps waren 18 bis 20 Jahre alt, knapp 25 % waren 25 Jahre und älter. Das Abitur stellt den höchsten Bildungsabschluss des Großteils der Teilnehmer (89 %) dar. In staatlich geregelten Freiwilligendiensten lag der Anteil von Abiturientinnen und Abiturienten mit 91 % deutlich höher als in privatrechtlich geregelten Programmen. Die Quote von Teilnehmern mit Abitur betrug bei internationalen Workcamps 80 %. (vgl. Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e. V. 2015: 8 f.)

Da im Rahmen der quantitativen Erhebung der vorliegenden Arbeit ausschließlich Freiwillige befragt wurden, die ihren Auslandsdienst über weltwärts absolviert haben, erfolgt in Kapitel 1.1.3 eine nähere Vorstellung des entwicklungspolitischen Freiwilligendienstes.

1.1.3 Entwicklungspolitischer Freiwilligendienst weltwärts

Das BMZ führte im Jahr 2008 den entwicklungspolitischen Freiwilligendienst weltwärts ein. Begründung war dabei die große Zahl junger Menschen, die sich in Entwicklungsländern engagieren möchte, deren Einsatz jedoch aufgrund unzureichender Möglichkeiten wie hoher privater Kosten oder fehlender Einsatzplätze bis dahin nicht realisierbar war. Unter dem Motto „Lernen durch tatkräftiges Helfen“ verfolgt weltwärts eine doppelte Zielsetzung: *„Einen entwicklungspolitischen Mehrwert für die Partnerprojekte im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe zu erzielen, als auch einen deutlichen Impuls für die entwicklungspolitische Inlandsarbeit zu setzen“* (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2007: 4). Weltwärts sollte über bestehende Trägerstrukturen umgesetzt werden und dabei einen *„effizienten Beitrag zur entwicklungspolitischen Informations- und Bildungsarbeit im Sinne des ‚Globalen Lernens‘ und zur Nachwuchsförderung im entwicklungspolitischen Berufsfeld“* (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2007: 4) leisten. Neben Völkerverständigung und Akzeptanz entwicklungspolitischer Zukunftsfragen steht für die Verantwortlichen dabei der Erwerb von Sprachkenntnissen und der Einblick in

entwicklungspolitische Fachthemen sowie von Kompetenzen in interkultureller Kommunikation, sozio-kultureller Kooperation und sozialer Verantwortung im Vordergrund. (vgl. Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. (AKLHÜ) 2015: 7; Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2007: 4 f.; Moghaddami-Talemi 2014: 4 f.; Stemmer 2009: 21)

Nach dem vom BMZ formulierten Profil der Freiwilligen sollten diese zwischen 18 und 28 Jahren alt sein und die deutsche Staatsbürgerschaft oder als Nichtdeutsche ein dauerhaftes Aufenthaltsrecht in Deutschland besitzen. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme am weltwärts-Programm ist ein Hauptschul- oder Realschulabschluss mit abgeschlossener Berufsausbildung, die Fachhochschulreife oder die allgemeine Hochschulreife. Ebenfalls anerkannt wird ein vergleichbarer Schulabschluss oder Hochschulabschluss. Gute Grundkenntnisse in einer im Einsatzland gesprochenen Sprache gehören neben der Teilnahme am fachlich-pädagogischen Begleitprogramm und einem entwicklungspolitischen Engagement auch nach der Rückkehr ebenso zu den vom BMZ beschriebenen Voraussetzungen für Freiwillige. (vgl. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2007: 5 f.)

Die für das weltwärts-Programm vom BMZ anerkannten Entsendeorganisationen *„tragen die Gesamtverantwortung für das Gelingen des Freiwilligendienstes“* (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2007: 9). Ihre Aufgaben bestehen neben der Auswahl von Einsatzplätzen und Freiwilligen insbesondere in der Betreuung der Freiwilligen, der finanziellen Verantwortung in Form von Unterhalt und Versicherungen sowie der umfassenden fachlich-pädagogischen Begleitung (vgl. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2007: 9). Die Entsendeorganisationen erhalten eine projektbezogene staatliche Zuwendung in Höhe von 580 Euro pro Freiwilligen und Monat. Darüber hinaus umfasst der Versicherungsschutz eine Auslandsreisekranken-, Unfall-, Pflege-, Haftpflicht- und Rücktransportversicherung. 75 % der förderungsfähigen Gesamtausgaben eines Freiwilligeneinsatzes sind somit finanziell gefördert, die Entsendeorganisation muss entsprechend mindestens 25 % aus Eigenmitteln finanzieren. Die Freiwilligen erhalten pro Monat ein Taschengeld von 100 Euro sowie Unterkunft, Verpflegung und Reisekosten. Die

Entsendung ist damit für die Freiwilligen selbst kostenfrei, sie sind jedoch dazu angehalten, die Organisation bei Informations- und Bildungsarbeit sowie Spendenakquise für das Freiwilligenprogramm bzw. Partnerprojekte zu unterstützen. (vgl. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2007: 14 f.)

Seit seiner Einführung verzeichnet weltweit hohe Teilnehmerzahlen. Diese werden in den vom AKLHÜ e.V. jährlich erscheinenden Statistiken zu internationalen Freiwilligendiensten veröffentlicht. In Abb. 1 ist die Entwicklung der Teilnehmerzahlen vom ersten Aussendejahr 2008 bis zum Jahr 2016 graphisch dargestellt. Nach einer starken Zunahme der Entsendungen in den ersten drei Jahren sank die Zahl der Teilnehmer 2011 erstmals. Im weiteren Verlauf stabilisierte sich die Teilnehmerzahl, laut AKLHÜ e.V. konnte weltweit 2016 erneut einen etwas deutlicheren Anstieg verzeichnen. (vgl. 2009: 8, 2010: 8, 2011: 8, 2012: 8, 2013: 8, 2014: 8, 2015: 12, 2016: 12, 2017: 16)

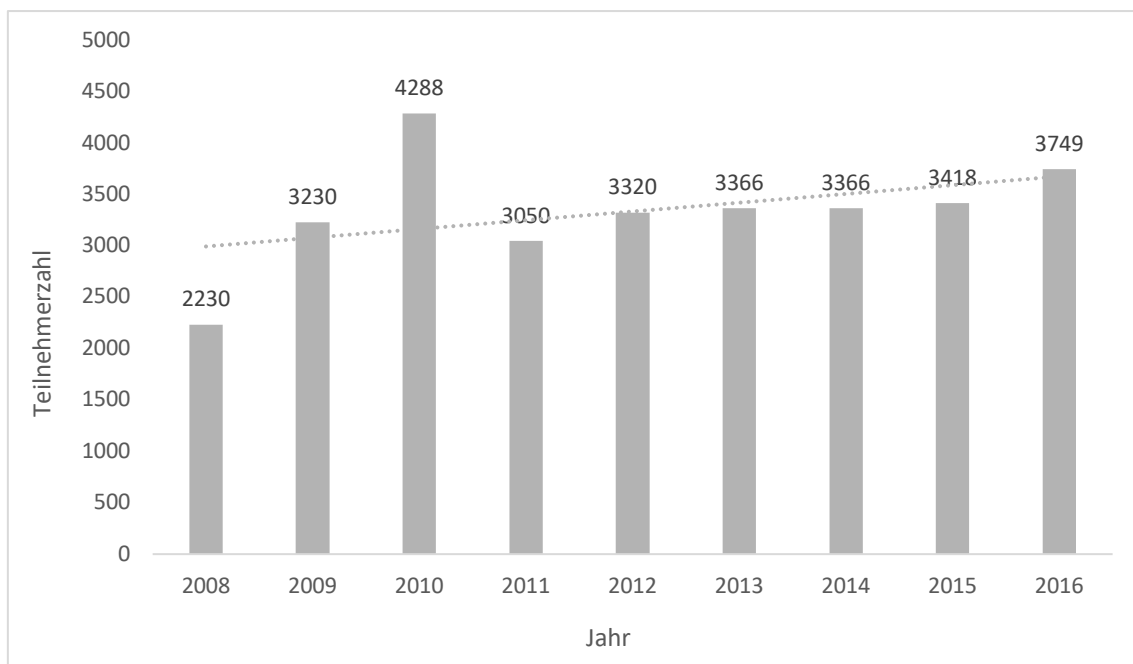


Abb. 1: Teilnehmerzahlen weltweit 2008 bis 2016

Quelle: eigene Erstellung nach AKLHÜ e.V.

Grundsätzlich können die Freiwilligen von weltwärts in alle Entwicklungsländer reisen, das BMZ prüft jedoch „in jedem Einzelfall [...], ob die Voraussetzungen in den jeweiligen Ländern, Regionen und Projekten für einen Freiwilligeneinsatz gegeben sind“ (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2007: 18). Informationen zu den von weltwärts-Freiwilligen bis dato bereisten Einsatzregionen publizierte die Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) im Dezember 2013. 31 % der Teilnehmer waren demnach in das östliche und südliche Afrika gereist, 24 % nach Asien, 23 % nach Lateinamerika, 21 % nach West- und Zentralafrika sowie 1 % nach Nahost und Zentralasien (vgl. 2013: 4). Tätig waren die Freiwilligen dabei überwiegend im Bereich Bildung – Kinder und Jugendliche zählten in Afrika mit 64 %, in Asien mit 53 % und in Lateinamerika mit 63 % zur größten Zielgruppe aller Einsatzbereiche (vgl. 2013: 5).

1.2 Aktuelle Relevanz und Zielsetzung der Arbeit

Der freiwillige Auslandsdienst ist insbesondere für junge Menschen attraktiv – interkulturelle Erfahrungen, der Einsatz für politische, moralische, soziale und humanitäre Ideale sowie die berufliche Orientierung und Qualifikation sind neben der Ablösung vom Elternhaus dabei von besonderer Bedeutung (vgl. Mundorf 2000: 64 f.). Entsprechend werden freiwillige Auslandsdienste in der Öffentlichkeit überwiegend positiv bewertet, gerade in den vergangenen Jahren erfreuen sich deutsche Entsendeorganisationen an konstant hohen Teilnehmerzahlen (vgl. Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e. V. 2015: 11). Kritische Stimmen werden bislang vor allem in Bezug auf die Sinnhaftigkeit freiwilliger Auslandsdienste laut – eine Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Risiken eines Auslandsaufenthaltes steht hingegen bislang nicht im Fokus der Kritiker (vgl. Kapitel 1.1).

In der Vergangenheit haben sich bereits zahlreiche Studien mit gesundheitlichen Risiken Reisender beschäftigt. Meist wurden dabei Infektionsrisiken und Risikoverhalten von Reisenden mit kurzfristigen Auslandsaufenthalten untersucht (vgl. Ahlm et al. 1994; Chatterjee 1999; Cossar et al. 1990; Croughs et al. 2008; Dia et al. 2010; Freedman et al. 2006; Goodyer und Gibbs 2004; Lopez-Velez

und Bayas 2007; Redman et al. 2006; Ropers et al. 2008; Steffen et al. 1987, 2004). Studien über Reisende mit längerfristigen Aufenthalten in Entwicklungsländern zeigen übergreifend, dass diese erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind (vgl. Bhatta et al. 2009; Hargarten und Baker 1985; Hill 2006; Nurthen und Jung 2008).

Im Jahr 2012 wurde eine Studie veröffentlicht, die sich erstmals eines Kollektivs junger Freiwilliger aus dem deutschsprachigen Raum angenommen hat. Diese retrospektive Studie befasst sich mit infektiösen sowie nicht-infektiösen Gefahrenpotenzialen von Freiwilligen im Alter von 18 bis 30 Jahren, die einen mindestens sechs Monate andauernden Auslandsdienst in internationalen sozialen Projekten nichtstaatlicher Organisationen absolviert haben. Die Ergebnisse dieser quantitativen Studie zeigen unter anderem, dass für die jungen Freiwilligen ein erhöhtes Risiko besteht, spezifische, auch potenziell lebensbedrohliche gesundheitliche Probleme zu bekommen. Das Risikoprofil des untersuchten Kollektivs unterscheidet sich dabei von dem älterer Kollegen sowie dem normaler Reisender (vgl. Martin et al. 2012).

Konkreter Ansatz der vorliegenden Arbeit ist vor diesem Hintergrund das vom Tropeninstitut Würzburg beobachtete Auftreten manifester Erkrankungen bei jungen bayerischen Freiwilligen im Rahmen ihres Auslandsdienstes. Da diese Beobachtung mit den oben genannten Ergebnissen bisheriger Studien übereinstimmt, soll das Thema Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst mithilfe erweiterter Betrachtungsweisen untersucht werden. Um dieses Ziel zu erreichen, werden einerseits quantitative Erhebungen zu Freiwilligen aus drei zufällig gewählten bayerischen Entsendeorganisationen durchgeführt, die vom BMZ als weltwärts-Organisation anerkannt sind (vgl. Kapitel 1.1.3). Andererseits werden ergänzend Experteninterviews als qualitatives Instrument der Sozialforschung eingesetzt. Spezifisches Handlungs- und Erfahrungswissen aus den Bereichen Entsendeorganisation, Tropenmedizin, Freiwillige und Psychologie soll auf diese Weise neue Aspekte in der Diskussion hervorbringen.

Die vorangehend durchgeführte quantitative Erhebung in Form von Fragebögen beschäftigt sich mit der zentralen Fragestellung der vorliegenden Arbeit:

Wie häufig, unter welchen Umständen und woran erkranken Freiwillige im Rahmen ihres Auslandsdienstes?

In Experteninterviews wird vertiefend den folgenden Fragen nachgegangen:

1. Welche medizinische (sowohl physische als auch psychische) Vorsorge erfahren Freiwillige und welchen Gefahren sind sie insbesondere während des Auslandsaufenthaltes ausgesetzt?
2. Wie werden die Freiwilligen im Krankheitsfall versorgt und wie verläuft die Nachsorge?
3. Welche Methoden zur Dokumentation von Erkrankungen Freiwilliger im Auslandsdienst können herangezogen werden?

1.3 Aufbau der Arbeit

Eine detaillierte Darstellung der verwendeten Methodik erfolgt in Kapitel 2. Dabei wird zunächst die quantitative Erhebung der vorliegenden Arbeit erläutert (vgl. Kapitel 2.1) – konkret beschrieben werden dabei die Teilnehmerauswahl, die Konstruktion und der Aufbau, die Studiendurchführung, die Datenaufbereitung und die Datenanalyse der Fragebögen. Anschließend wird mit den Experteninterviews das quantitative Instrument dieser Arbeit vorgestellt (vgl. Kapitel 2.2). Im Einzelnen wird dabei auf die Expertenauswahl, die Gesprächsstruktur, die Dokumentation und Aufbereitung der Daten sowie die qualitative Inhaltsanalyse der Interviews eingegangen. Abschließend wird ausführlich der angewandte Datenschutz und das Datenmanagement beschrieben (vgl. Kapitel 2.3)

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit werden in Kapitel 3 aufgeführt. In chronologischer Reihenfolge erfolgt dabei die Darlegung der Ergebnisse zu Fragebogen 1, Fragebogen 2 sowie den Experteninterviews.

In der Diskussion (vgl. Kapitel 4) erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse sowie deren Diskussion – auch im Kontext mit der aktuellen Literatur zum Thema – und schließlich eine kritische Auseinandersetzung mit den Methoden dieser Arbeit. Eine Schlussfolgerung schließt dieses Kapitel ab.

Abschließend wird die vorliegende Arbeit in Kapitel 5 zusammengefasst.

2 Material und Methoden

Im Forschungsprozess der vorliegenden Arbeit wurden zwei Methoden der empirischen Sozialforschung miteinander verknüpft. Dabei handelt es sich zum einen um standardisierte Fragebögen und zum anderen um strukturierte Experteninterviews, also um Instrumente der quantitativen sowie der qualitativen Sozialforschung.

Das Studiendesign der vorliegenden Arbeit wurde von der Ethikkommission der Universität Würzburg nach Fertigstellung der Arbeit geprüft und rückwirkend am 12.05.2020 genehmigt (Nummer: 20200420 01).

2.1 Fragebögen

Als quantitatives Erhebungsinstrument wurden standardisierte Fragebögen mit einzelnen offenen, vorwiegend aber geschlossenen Fragen eingesetzt. Vorteile der vorgegebenen Antwortkategorien waren hier die bessere Vergleichbarkeit der erhobenen Daten sowie die Möglichkeit, Aspekte zum Thema Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst gezielt quantifizieren zu können. Offen formulierte Fragestellungen ermöglichten darüber hinaus die Erfassung individueller Aspekte zum Auslandsaufenthalt.

2.1.1 Teilnehmerauswahl

Im Hinblick auf das Anliegen der Arbeit, den Gesundheitszustand der Freiwilligen im Rahmen ihres Auslandsaufenthaltes zu erfassen, wurde eine „zur Durchführung wissenschaftlicher Untersuchungen unerlässlich[e] [...] exakte Definition der Grundgesamtheit“ (Schnell et al. 2011: 255) formuliert. In die Befragung eingehen sollten danach alle Personen, die in den vergangenen drei Jahren über die drei bayerischen Entsendeorganisationen einen Auslandsdienst angetreten haben. Die Aussagen der vorliegenden „Untersuchung gelten [...] nur für die Objekte der [definierten] Grundgesamtheit“ (Schnell et al. 2011: 256).

2.1.2 Konstruktion der Fragebögen

Die Konstruktion eines Fragebogens umfasst neben der inhaltlichen Gestaltung auch die Strukturierung der Fragen sowie Format und Layout (vgl. Schnell et al. 2011: 352 f.)

Da im Falle einer Erkrankung im Rahmen des Auslandsaufenthaltes eine detaillierte Erfassung des Gesundheitszustandes notwendig erschien, wurde hierfür ein detaillierter Fragebogen entwickelt. Um den Aufwand für nicht erkrankte Freiwillige dennoch möglichst gering zu halten, wurde diesem Fragebogen eine deutlich gekürzte Form vorgeschaltet und nur bei Angabe einer Erkrankung die umfangreiche Form des Fragebogens versendet. Im Folgenden wird die gekürzte Form als Fragebogen 1, die detaillierte als Fragebogen 2 bezeichnet. Die für die vorliegende Arbeit konstruierten Fragebögen sind im Anhang beigefügt.

2.1.3 Aufbau der Fragebögen

Die Fragestellungen im Fragebogen 1 konzentrieren sich auf knappe Angaben zur Person, zum Auslandsaufenthalt im Generellen sowie zum Gesundheitszustand während und nach dem Aufenthalt. Im Fragebogen 2 werden zusätzlich zu diesen Themenbereichen detaillierte Angaben zum Gesundheitszustand vor dem Auslandsaufenthalt erfasst.

Persönliche Angaben

Die persönlichen Angaben beziehen sich im Fragebogen 1 auf Geschlecht und Geburtsjahr der Teilnehmer, im Fragebogen 2 zusätzlich auf den Familienstand.

Angaben zum Auslandsaufenthalt

Dieser Themenbereich beinhaltet in beiden Fragebögen Angaben zu Zeitraum, Einsatzland sowie weiteren bereisten Ländern und zur ausgeübten Tätigkeit.

Angaben zum Gesundheitszustand

Im Fragebogen 1 sind die Angaben zum Gesundheitszustand auf die Zeit während des Auslandsaufenthaltes und danach beschränkt. Entscheidend erschienen hierbei für eine erste Einschätzung die Informationen, ob der/die Freiwillige erkrankt ist und falls ja, ob Befunde vorlagen und um welche Krankheit es sich handelte.

Fragebogen 2 ist bezüglich dieser Angaben deutlich differenzierter formuliert. Den Einstieg bildet hier der Themenbereich Gesundheitszustand vor dem Auslandsaufenthalt mit Fragen zu Krankheiten (u. a. Atemwegs-, Haut- und psychosomatische Erkrankungen), tropenmedizinischer Aufklärung (u. a. Impfberatung, Informationen zu Basishygiene und Reiseapotheke), ärztlicher Untersuchung (u. a. Blutbild, Leberwerte und Hepatitis Test) sowie Impfungen (u. a. Tetanus, Hepatitis A/B und Gelbfieber). Eine weitere Differenzierung wird dabei durch vorgegebene Antwortkategorien gesichert. So konnte der Teilnehmer/die Teilnehmerin bei der Frage nach Krankheiten eine Unterscheidung zwischen Arzt diagnose, Selbstdiagnose und Medikamenteneinnahme, bei der Angabe zur tropenmedizinischen Aufklärung zwischen Hausarzt, Tropeninstitut, Internet und Sonstige treffen. Bei den Angaben zum Ergebnis der ärztlichen Untersuchung gibt es drei Antwortmöglichkeiten: Normal, Auffällig und Ergebnis unbekannt. Bei der Frage zur tropenmedizinischen Aufklärung zwei: Impfbuchkontrolle und Bluttest/Hauttest.

Der zweite Themenbereich bezieht sich auf den Gesundheitszustand während des Auslandsaufenthaltes und beginnt mit geschlossenen Fragen zu Krankheitszeichen (u. a. unklares Fieber, Hautveränderungen, Depressionen/Ängste) in Verbindung mit den Antwortmöglichkeiten Arzt diagnose, Selbstdiagnose und Medikamenteneinnahme. Darüber hinaus werden offene Fragen zu diagnostizierten Krankheiten, zur Medikamenteneinnahme sowie zu Unfällen/Verletzungen gestellt.

Im dritten Themenbereich werden Angaben zum Gesundheitszustand nach dem Auslandsaufenthalt erfasst. Neben der wiederholt gestellten Frage zu Krankheitszeichen (u. a. anhaltende Durchfälle, Magenschmerzen/Verdauungsbeschwerden und chronische Müdigkeit/Schlafstörungen) wurden die Teilnehmer zur ärztlichen Untersuchung zeitnah nach Rückkehr (bis sechs Monate) und gesundheitlichen Spätfolgen des Auslandsaufenthaltes (bis drei Jahre) befragt. Eine Differenzierung der Angaben zur ärztlichen Untersuchung findet anhand der Blutuntersuchung (u. a. großes Blutbild, Leberwerte und Hepatitis Test), der Fragen nach Infektionskrankheiten (u. a. Durchfallerkrankungen, Tuberkulose und Keuchhusten) und nach psychischen Erkrankungen (u. a. Phobien, Suchterkrankungen

und Psychosen) statt. Dabei lauten die Antwortmöglichkeiten bei der Frage nach der Blutuntersuchung: Normal, Auffällig, Ergebnis unbekannt und Nicht durchgeführt. Bei der Frage nach Infektionskrankheiten nach psychischen Erkrankungen jeweils: Ja und Nein. Abschließend werden die Spätfolgen des Auslandsaufenthaltes mit offenen Fragen zu einer möglichen Diagnose von Haut- sowie Magen- /Darm- und sonstigen Erkrankungen erfasst.

2.1.4 Studiendurchführung/Datenerhebung

In der vorliegenden Arbeit wurde die E-Mail-Befragung als eine Variante von internetgestützten Befragungen gewählt. Hierbei unterscheiden Schnell et al. „zwei Formen der Befragung [...]: Wird ein Fragebogen per E-Mail zum Befragten gesandt und auch per E-Mail zurückgesandt, so handelt es sich um einen E-Mail-Survey [...]. Soll der Befragte den Fragebogen hingegen ausdrucken, beantworten und als Brief zurücksenden, so kann man von einer Form eines ‚Mixed-Mode-Surveys‘ sprechen“ (2011: 372). Aus forschungsökonomischen Gründen wurde in der hier beschriebenen Untersuchung der E-Mail-Survey angewandt.

Rekrutierung der Teilnehmer

Entsprechend der definierten Grundgesamtheit fand die Rekrutierung der Teilnehmer über die drei Entsendeorganisationen statt (vgl. Kapitel 2.1.1). So wurden am 30.05.2013 zunächst deren Ansprechpartner per E-Mail kontaktiert und über das Ziel sowie den Ablauf der Untersuchung informiert. Hierbei wurde auch um die Angabe der genauen Anzahl der in die Untersuchung eingeschlossenen Freiwilligen und die Weiterleitung von Fragebogen 1 gebeten. Ebenso wurden die Ansprechpartner darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Rücksendung der Fragebögen durch die Teilnehmer bis zum 15.07.2013 direkt an eine ausschließlich für diese Untersuchung eingerichtete E-Mail-Adresse erfolgen sollte. Überdies wurde darauf hingewiesen, dass im Falle einer Erkrankung im Rahmen des Auslandsaufenthaltes den Freiwilligen – aus Datenschutzgründen direkt und nicht über die Organisationen – Fragebogen 2 zugesandt wird und dass alle Angaben anonymisiert werden, der Schweigepflicht unterliegen und bis zur Veröffentlichung dieser Arbeit widerrufen werden können (vgl. Anhang: 83). Am 16.07.2014

erfolgte per E-Mail die Versendung von Fragebogen 2 an die im Ausland erkrankten Freiwilligen mit der Bitte um Rücksendung bis zum 15.09.2014. Auch in diesem Schreiben wurde auf die Schweigepflicht und Anonymisierung sowie die Möglichkeit des Widerrufs aller Angaben hingewiesen (vgl. Anhang: 85).

Rücklauf der Fragebögen

Bis zu den genannten Einsendeterminen war jeweils nur ein geringer Rücklauf zu vermerken, weshalb eine Verlängerung der Rücksendefristen sinnvoll erschien. So wurde die Frist von Fragebogen 1 auf den 30.09.2013 sowie die Frist von Fragebogen 2 auf den 15.10.2014 verlängert. Im Rahmen beider Rücksendefristen und deren Verlängerungen wurden per E-Mail Erinnerungen an die Teilnehmer verschickt (vgl. Schnell et al. 2011: 373).

2.1.5 Datenaufbereitung

In Anlehnung an Schnell et al. wurden in der vorliegenden Arbeit Merkmale von Freiwilligen erhoben, die mit Blick auf ihre Gesundheit im Rahmen des Auslandsdienstes von Interesse waren (vgl. 2011: 413). Die erhobenen Daten wurden anschließend mit Hilfe des Programms Microsoft Excel aufbereitet. Für die Eingabe der Daten wurde eine Maske erstellt, die Fragebogennummern und -beschreibungen wie Überschriften und Antwortmöglichkeiten umfasste. Die Antworten der geschlossenen Fragen wurden im Nominalskalenniveau eingetragen, die der offenen Fragen wörtlich. Das weitere Vorgehen der Datenverarbeitung unter Berücksichtigung des Datenschutzes wird in Kapitel 2.3 beschrieben.

2.1.6 Datenanalyse

In seiner Arbeit zu Methoden der empirischen Sozialforschung gibt Schnell et al. zu bedenken, dass „erst durch die Auswertung der erhobenen Daten [...] Aussagen über die Annahme oder Verwerfung von Hypothesen möglich [sind]“ (2011: 431). Außerdem setze die „Datenanalyse [...] neben technischem [...] Wissen vor allem klare inhaltliche und theoretische Vorstellungen voraus“ (Schnell et al. 2011: 431).

Von Schnell et al. werden Randauszählung, Subgruppenanalyse und multivariate Analyse als aufeinanderfolgende Phasen der Datenanalyse unterschieden

(vgl. 2011: 431 ff). Bei der Analyse der im Forschungsprozess aufbereiteten Daten wurde für „*einen allgemeinen ersten Überblick*“ (Schnell et al. 2011: 432) zunächst die Häufigkeitsverteilung aller Variablen sowie deskriptive Statistiken wie Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum anhand der hierfür in Microsoft Excel erstellten Formeln berechnet. Wie von den Autoren beschrieben, wird das Ergebnis einer Berechnung der Häufigkeitsverteilung als Randauszählung bezeichnet (vgl. Schnell et al. 2011: 431).

2.2 Experteninterviews

Das Experteninterview fand in der vorliegenden Arbeit als komplementäres Verfahren Anwendung (vgl. Flick 2014: 214). Dies erschien im Verlauf des Forschungsprozesses mit Blick auf die geringen Rücklaufquoten der Fragebögen notwendig. Konkret wurden vier strukturierte Interviews mit der Zielsetzung durchgeführt, die aus den Fragebögen gewonnenen Erkenntnisse zu vertiefen bzw. zu ergänzen.

2.2.1 Expertenauswahl

Die Definition eines Experten ist in der Literatur nicht eindeutig geklärt. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden in Anlehnung an die Definition nach Deeke vier Personen ausgewählt, die über spezifisches Handlungs- und Erfahrungswissen zum Thema Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst verfügen (vgl. 1995: 7 f.; zitiert nach Flick 2014: 214). Die konkrete Auswahl der Experten verfolgte das Ziel einer möglichst vielseitigen Betrachtung des Themas. So wurde ein/e Interviewpartner/in in seiner/ihrer Funktion in einer der Entsendeorganisationen sowie ein weiterer/eine weitere aufgrund seiner/ihrer Tätigkeit als Tropenmediziner/Tropenmedizinerin ausgewählt. Die dritte Person wurde aufgrund ihrer Erkrankung während des freiwilligen Auslandsdienstes und die vierte aufgrund ihrer Erfahrungen als Psychologe/Psychologin im Kontakt mit Entsendeorganisationen und Freiwilligen ausgewählt.

2.2.2 Gesprächsstruktur

Im Gegensatz zu den von Flick gestellten Anforderungen an einen Gesprächsleitfaden mit relativ offen formulierten Fragen für eine möglichst freie Beantwortung durch den Experten (vgl. 2014: 222), erschien für die vorliegende Arbeit die Entwicklung von vier sehr strukturierten Interviewversionen mit Bezug zu den Fragebögen sinnvoll. Auf diese Weise sollten das spezifische Wissen sowie die persönlichen Erfahrungen der Experten die aus den Fragebögen gewonnenen Erkenntnisse vervollständigen. Mit Hilfe sowohl individueller als auch identischer Fragestellungen zum jeweiligen Themengebiet konnten gleichermaßen Unterschiede sowie Gemeinsamkeiten in der Interviewauswertung berücksichtigt werden. Die jeweilige Struktur der im Rahmen der vorliegenden Arbeit geführten Experteninterviews ist im Anhang beigefügt (vgl.: 94 f.).

2.2.3 Dokumentation und Aufbereitung der Daten

Die zwischen März und Juni 2015 telefonisch bzw. bei einem persönlichen Treffen geführten Interviews wurden mit Einwilligung der Experten via Audio-Aufnahme-App (Voice Record Pro, Version 2.3.4) aufgezeichnet und anschließend mit Hilfe eines Transkriptionsprogramms (easytranscript, Version 2.50.1) in normales Schriftdeutsch transkribiert, wobei nonverbale und parasprachliche Elemente unberücksichtigt blieben. Das weitere Vorgehen der Datenverarbeitung unter Berücksichtigung des Datenschutzes wird in Kapitel 2.3 beschrieben.

2.2.4 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte in Anlehnung an das von Mayring entwickelte Verfahren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (vgl. 1983: 49 zitiert nach Flick 2014: 411).

Im Gegensatz zu der von Mayring beschriebenen Inhaltsanalyse wurden die Hauptkategorien (Vorbereitung, Erkrankung, Dokumentation) in der vorliegenden Arbeit jedoch bereits vor der Durchführung der Experteninterviews gebildet und fanden somit als deduktive Methode Anwendung, sie dienten als Grundlage für

die Interviewleitfäden. Die Hauptkategorien orientierten sich dabei an den Fragebögen, um die daraus gewonnenen Erkenntnisse mit Expertenwissen zu ergänzen.

Kategoriebildung

Nach umfänglicher Sichtung des Materials ergaben sich im Rahmen der Inhaltsanalyse sieben Bereiche, die die Grundlage für die Begriffsfindung von Kategorien und Unterkategorien innerhalb einer der drei bereits bestehenden Hauptkategorie bildeten. Auf diese Weise entstanden drei Kategorieebenen: Hauptkategorie, Kategorie und Unterkategorie. Diese erleichterten die Zuordnung des zusammengefassten Materials aus den Interviews und bildeten in Anlehnung an Mayring ein Kategoriensystem. (vgl. 1983: 49 zitiert nach Flick 2014: 411)

Zusammenfassung und Zuordnung des Materials

Im Anschluss wurden die Textpassagen der vier Transkripte auf ihre wesentlichen Inhalte reduziert und anschließend weiter zusammengefasst. Dieses Vorgehen wird beispielhaft anhand eines Auszugs aus dem Interview mit dem tropenmedizinischen Experten im Anhang (vgl.: 98) dargestellt.

Wie im Anhang (vgl.: 99) ebenfalls beispielhaft für das Experteninterview aus dem Bereich Tropenmedizin dargestellt, wurden nachfolgend die zusammengefassten Inhalte der Einzelinterviews der jeweiligen Kategorieebene zugeordnet.

Vergleichende Betrachtungsweise

Individuelle Aspekte der Experten in Bezug auf gemeinsame Themengebiete in Form von Kategorien wurden im abschließenden Schritt der Inhaltsanalyse vergleichend betrachtet. Dies betraf die Kategorien Inhalte Vor-, Zwischen- und Rückkehrerseminare sowie reisemedizinische Gesundheitsberatung (Hauptkategorie Vorbereitung), Krankheit/Unfall während des Auslandsdienstes und psychische Belastungen (Hauptkategorie Erkrankung) sowie den Ausblick (Hauptkategorie Dokumentation). Exemplarisch stellt eine Abbildung im Anhang (vgl.: 100) dieses Vorgehen zur Kategorie Ausblick vor.

2.3 Datenschutz

Dieses Kapitel widmet sich den gesetzlichen Vorgaben zum Schutz personenbezogener Daten sowie deren konkreter Umsetzung im Forschungsprozess der vorliegenden Arbeit.

2.3.1 Datenschutzrechtliche Grundlagen

Für die in der vorliegenden Arbeit geltenden und angewandten Datenschutzvorgaben sind die Änderungen des Datenschutzrechtes innerhalb der letzten Jahre zu beachten. Da die quantitative Erhebung in Form von Fragebögen im Zeitraum zwischen Mai 2013 und Oktober 2014 sowie die qualitative Erhebung in Form von Experteninterviews im Zeitraum zwischen März und Juni 2015 erfolgt sind, fanden beide Erhebungen vor Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) am 25. Mai 2018 und damit im Einklang mit den Vorgängerregelungen statt.

Die im Rahmen des Datenschutzes geregelten Daten der vorliegenden Arbeit sind in Tab. 1 aufgeführt.

Tab. 1: Gegenstand des Datenschutzes

Quelle: eigene Erstellung (nach: Meyermann und Porzelt 2019: 6 f.)

Kategorie	Merkmale
Personenbezogene Daten/ Direkte Identifikatoren: eindeutige Identifizierung einer Person möglich	Name
Personenbeziehbare Daten/ Indirekte Identifikatoren: eindeutige Identifizierung einer Person in Kombination möglich	Vorname Alter Berufsangabe
Besondere Kategorien personenbezogener Daten	Gesundheitsdaten

2.3.2 Datenschutzrechtliche Prinzipien

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfordert gewissermaßen Eingriffe in das Persönlichkeitsrecht. Die Wahrung der Rechtmäßigkeit kann für die vorliegende Arbeit als positiv gewertet werden, da die Anforderungen der in Tab. 2 dargestellten vier Prinzipien erfüllt werden.

Tab. 2: Datenschutzrechtliche Prinzipien

Quelle: eigene Erstellung (nach: Meyermann und Porzelt 2019: 8 ff.)

Prinzip	Umsetzung
Geeignetheitsgrundsatz	Für die Beantwortung der Forschungsfrage 1 und 2 (vgl. Kapitel 1.2) ist die Verarbeitung personenbezogener Daten geeignet sowie die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten nicht nur geeignet, sondern erforderlich (vgl. Tab. 1). Forschungsfrage 3 (vgl. Kapitel 1.2) erfordert keine der in Tab. 1 dargestellten Datenkategorien.
Erforderlichkeitsgrundsatz	Die Erhebung von Primärdaten ist erforderlich, da nach Sichtung der zu Forschungsbeginn der vorliegenden Arbeit existierenden Literatur keine entsprechenden Daten für das gewählte Kollektiv (vgl. Kapitel 2.1.1) vorliegen und die Daten zur Beantwortung der Forschungsfrage 1 und 2 erforderlich sind (siehe Geeignetheitsgrundsatz).
Wahl des mildesten Mittels	<ul style="list-style-type: none"> – Grundsatz der Datenminimierung und Datensparsamkeit: wird anhand des Verhältnisses zwischen erforderlichen und zu erhebenden Daten erfüllt – Art der zu verarbeitenden Daten: Daten werden anonymisiert verarbeitet – Kreis der Personen mit Datenzugriff: durch Passwortschutz aller einzelnen Dateien ausschließlich auf die Verfasserin begrenzt
Übermaßverbot	Wird anhand des Verhältnisses zwischen erforderlichen und zu erhebenden Daten eingehalten.

Eine Verarbeitung – also die Erhebung, Verwendung und Speicherung – personenbezogener Daten ist nur mit Einwilligung der Betroffenen bzw. auf Basis des Datenschutzrechts oder einer anderen Rechtsvorschrift möglich (vgl. Meyermann und Porzelt 2019: 7 ff., Art. 4 Nr. 2 DS-GVO).

2.3.3 Einwilligung der Betroffenen

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit genutzte elektronische Einwilligung im Sinne des Telemediengesetzes (TMG) bzw. Telekommunikationsgesetzes (TKG) wird in Tab. 3 auf Basis der aktuell gültigen Datenschutzvorgaben für Fragebogen und Experteninterview überprüft.

Tab. 3: Anforderungen und Bestandteile der informierten Einwilligung

Quelle: eigene Erstellung (nach: Meyermann und Porzelt 2019: 13 ff.)

Anforderung/Bestandteil	Umsetzung
Bewusste und eindeutige Einwilligung	<p>Fragebogen: <i>„Mit Rücksendung des Fragebogens willigt der/die Freiwillige in die Verarbeitung und Nutzung der Daten zum o.g. Zweck ein. [...] selbstverständlich werden alle Angaben anonymisiert und unterliegen der Schweigepflicht.“</i> (vgl. Anhang: 83, 85)</p> <p>Experteninterview: <i>„Mit Teilnahme am Interview willigen Sie in die Verarbeitung und Nutzung der Daten zum o.g. Zweck ein. Alle Angaben werden anonymisiert und unterliegen der Schweigepflicht.“</i> (vgl. Anhang: 93)</p>
Erteilung der Einwilligung <ul style="list-style-type: none"> – Durch betroffene Person selbst – Vor Datenerhebung 	Die Einwilligung erfolgt durch die Rücksendung der Fragebögen per E-Mail bzw. die Zusage zum Interview durch den Betroffenen nach Kenntnisnahme der Informationen. Die Daten liegen daher erst bei erteilter Einwilligung vor.
Forschungsvorhaben <ul style="list-style-type: none"> – Titel – Ziele/ Forschungsfragen 	<p>Titel des Forschungsvorhabens: <i>„Dissertation zum Thema ‚Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst‘ in der ‚Tropenmedizinischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg.“</i> (vgl. Anhang: 83, 85, 93)</p> <p>Ziel des Forschungsvorhabens: <i>„Unser Anliegen ist es, den Gesundheitszustand der Freiwilligen im Rahmen ihres Auslandsaufenthaltes zunächst mithilfe eines Fragebogens möglichst genau zu erfassen.“</i> (vgl. Anhang: 83)</p>
Ablauf des Vorhabens	<p>Fragebogen: <i>„Die Rücksendung der Fragebögen durch die Probanden bis 15.07.13 sollte direkt an uns erfolgen, selbstverständlich werden alle Angaben anonymisiert und unterliegen der Schweigepflicht. [...] Sollten Erkrankungen aufgetreten sein, so werden wir den Betroffenen einen weiteren, detaillierten Fragebogen zukommen lassen.“</i> (vgl. Anhang: 83)</p> <p>Experteninterview: <i>„Bei dem Interview handelt es sich um vier Fragen mit einem Zeitbedarf von insgesamt ca. 20 min. Zum Überblick habe ich Ihnen die Fragen schon einmal angehängt.“</i> (vgl. Anhang: 93)</p>
Ansprechpartner <ul style="list-style-type: none"> – Verfügbarkeit – Gültigkeit der Kontaktadresse 	Als Ansprechpartner wird die Verfasserin der vorliegenden Arbeit genannt. Um die fortlaufende Gültigkeit der Kontaktadresse gewährleisten zu können, wird eine unabhängig von der Forschungsarbeit fortbestehende private E-Mailadresse verwendet.
Rechte des Betroffenen <ul style="list-style-type: none"> – Freiwilligkeit 	<p>Freiwilligkeit: Die Fragebögen enthalten den Hinweis: <i>„Die Angaben [...] sind freiwillig [...].“</i> (vgl. Anhang: 84, 86)</p>

– Widerrufsrecht	<p>Widerrufsrecht: Anschreiben Fragebogen und Experteninterview enthalten folgende Hinweise: „Der Widerruf dieser Einwilligung ist bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung jederzeit möglich.“ (vgl. Anhang: 83, 85, 93)</p> <p>Bei Widerruf werden die Daten der betreffenden Person mit Wirkung für die Zukunft, die Verantwortung hierfür liegt bei der als Ansprechpartner (siehe oben) definierten Verfasserin der vorliegenden Arbeit.</p>
------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.3.4 Anonymisierung der Forschungsdaten

Durch die Anonymisierung „werden Studienteilnehmer/-innen vor Identifizierung [geschützt] [...], die Vorgaben des Datenschutzes erfüllt und [den] ethischen Ansprüchen Rechnung getragen“ (Ebel und Meyermann 2015: 4). Dabei bedeutet Anonymisieren, „aus Forschungsdaten diejenigen Informationen zu entfernen, die eine Identifikation konkreter Personen ermöglichen würden“ (Meyermann und Porzelt 2014: 4).

Zunächst stellt Tab. 4 die vorgenommene Anonymisierung der Fragebögen dar, bevor Tab. 5 das Vorgehen für die Experteninterviews bzw. die zugehörigen Transkripte beleuchtet. Dabei ist zu beachten, dass die Datenschutzmaßnahmen „bereits zu einem frühen Zeitpunkt des Forschungsprozesses berücksichtigt“ (Ebel und Meyermann 2015: 9) und umgesetzt werden sollten. Im Falle der Fragebögen also direkt nach Erhalt, im Falle der Experteninterviews bereits während der Transkription.

Tab. 4: Anonymisierung der Fragebögen

Quelle: eigene Erstellung (nach: Ebel und Meyermann 2015: 4 ff. Meyermann und Porzelt 2019: 6 f., vgl. Tab. 1)

Kategorie	Umsetzung
Personenbezogene Daten/ Direkte Identifikatoren	Die übersandten Fragebögen werden von den dazu gehörigen E-Mails und Namen getrennt. Die Fragebögen werden unter nicht-sprechenden IDs abgespeichert (1, 2, ...) und ihre Ergebnisse in einer Analysedatei zusammen geführt.
Personenbeziehbare Daten/ Indirekte Identifikatoren	Die E-Mails werden gelöscht, die erteilte Einwilligung wird anhand der Namen und zugehörigen E-Mail-Adressen protokolliert.

Besondere Kategorien personenbezogener Daten	Eine Zuordnung der Fragebögen zu den Betroffenen ist nur anhand der zentralen Schlüsseldatei möglich. Diese wird getrennt von Fragebögen und Analysedatei aufbewahrt und zum Zeitpunkt der Einreichung der Arbeit gelöscht, da es ab diesem Zeitpunkt keinen wirksamen Widerruf der Einwilligung mit Auswirkung auf die vorliegende Arbeit mehr geben kann.
-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tab. 5: Anonymisierung der Transkripte der Experteninterviews

Quelle: eigene Erstellung (nach: Meyermann und Porzelt 2019: 6 f. 2014: 6 ff., vgl. Tab. 1)

Kategorie	Umsetzung
Personenbezogene Daten/ Direkte Identifikatoren	Aufgrund der einfachen Umsetzbarkeit in Kombination mit einem geringen Datenverlust wurde das Verfahren der Aggregation gewählt.
Personenbeziehbare Daten/ Indirekte Identifikatoren	Dabei werden im Rahmen der Transkription der Interviews Klassen und Kategorien gebildet, die spezifische Informationen der links dargestellten Merkmale ersetzen (z.B. Altersklasse statt konkreter Altersangabe oder Region statt Ort).
Besondere Kategorien personenbezogener Daten	Die so anonymisierten Textpassagen werden mit eckigen Klammern gekennzeichnet. Ein Anonymisierungsprotokoll dokumentiert sämtliche Anpassungen und ermöglicht so ein konsistentes Vorgehen sowie eine spätere De-Anonymisierung. Im Sinne des Datenschutzes wird das Anonymisierungsprotokoll getrennt von den Transkripten aufbewahrt.

Besonderer Schutz der Daten wurde darüber hinaus durch die Speicherung auf lokalen, passwortgeschützten Datenträgern der Verfasserin sowie einer zusätzlichen Passwortsicherung der Dateien gewährt (vgl. Meyermann und Porzelt 2014: 5).

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden inhaltlich wiedergegebene Antworten sowie Nennungen von Auswahlmöglichkeiten kursiv, wörtliche Zitate in Anführungszeichen und kursiv dargestellt. Aufgrund der insgesamt geringen Rücklaufquoten werden Ergebnisse aus Fragebogen 2 nachfolgend überwiegend in absoluten Zahlen aufgeführt.

3.1 Fragebogen 1

Fragebogen 1 wurde an 165 Personen verschickt, 28 Personen sendeten ihn ausgefüllt zurück. Die Rücklaufquote lag somit abschließend bei 17,0 %.

3.1.1 Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 1 zur Person

Von den 28 Freiwilligen, deren Fragebögen in die Untersuchung gingen, waren 17 weiblich (60,7 %) und elf männlich (39,3 %). Zum Zeitpunkt ihres Reiseantritts waren diese zwischen 18 und 25 Jahre alt, das Durchschnittsalter lag bei 19,5 Jahren.

3.1.2 Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 1 zum Auslandsaufenthalt

Die Freiwilligen begannen ihren Auslandseinsatz zwischen August und November des jeweiligen Jahres, die Dauer ihres Aufenthaltes betrug im Mittel 11,2 Monate. Den freiwilligen Dienst leisteten 16 Befragte (57,1 %) in *Tansania*, je drei (10,7 %) in *Brasilien* und *Argentinien* sowie je zwei (7,1 %) in *Ecuador*, *Peru* und *Bolivien*. Darüber hinaus bereisten zwölf Freiwillige (42,3 %) weitere Länder, von ihnen reisten wiederum acht Befragte (66,7 %) in mehr als ein weiteres Land. In Abb. 2 sind Einsatzländer sowie weitere bereiste Länder der Freiwilligen mit Häufigkeitsverteilung dargestellt.

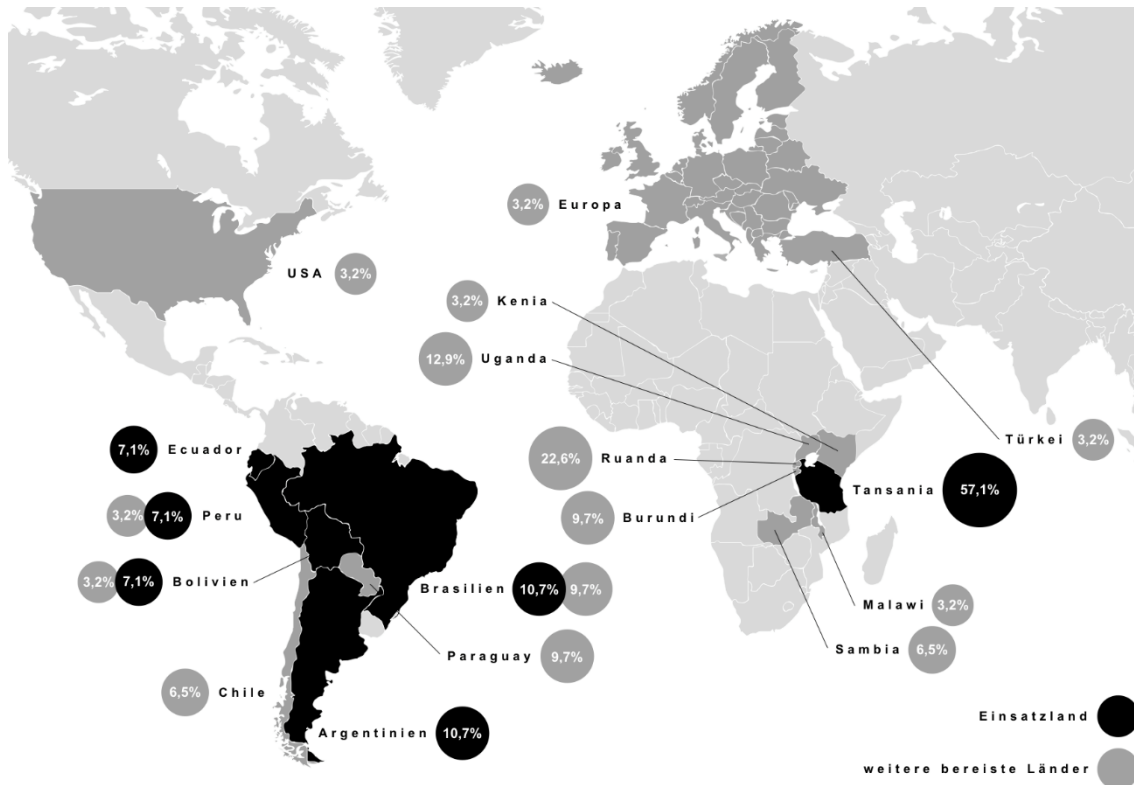


Abb. 2: Einsatzländer und weitere bereiste Länder (Fragebogen 1)

n = 28

Hinweis: Den Angaben liegen Mehrfachnennungen der Befragten zugrunde.

Die Befragten gingen im Ausland unterschiedlichen Tätigkeiten nach – 23 Freiwillige (82,1 %) gaben eine Tätigkeit, fünf Freiwillige (17,9 %) zwei Tätigkeiten für die Zeit ihres Aufenthaltes an. Zur besseren Auswertbarkeit wurden diese zu Kategorien zusammengefasst und in Abb. 3 dargestellt. Mit sieben Freiwilligen (25,0 %) übten dabei die meisten Befragten eine Tätigkeit in der Kategorie *Kinderdorf/-heim, Waisenhaus* aus.

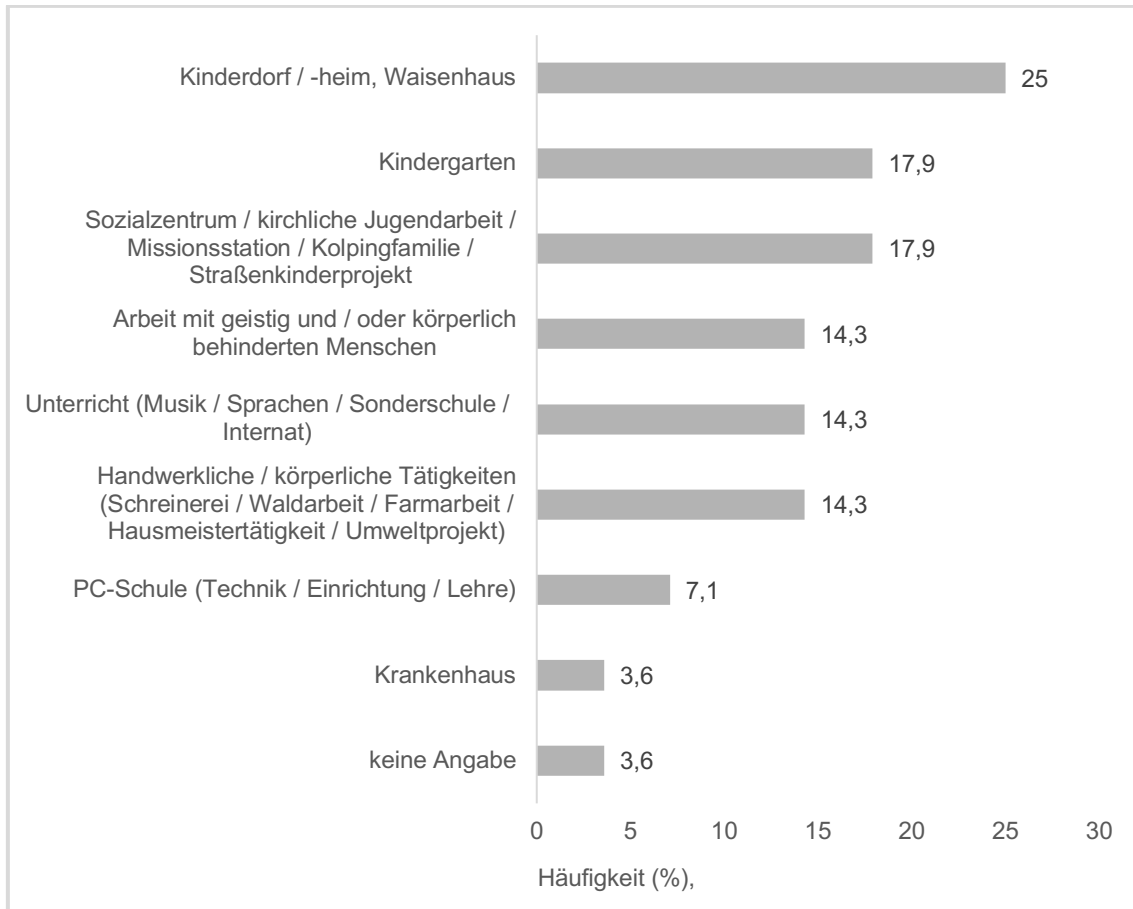


Abb. 3: Tätigkeiten (Fragebogen 1)

n = 28

Hinweis: Den Angaben liegen Mehrfachnennungen der Befragten zugrunde.

3.1.3 Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 1 zum Gesundheitszustand während des Auslandsaufenthaltes

Insgesamt 19 Freiwillige (67,9 %) erkrankten nach eigenen Angaben während ihres Auslandsaufenthaltes – davon waren 13 Freiwillige weiblich (68,4 %) und sechs männlich (31,6 %). Neun Freiwillige (32,1 %), vier weibliche (44,4 %) und fünf männliche (55,6 %), blieben hingegen gesund.

Lediglich bei vier der 19 erkrankten Freiwilligen (21,1 %) lagen *Befunde/Unterlagen* vom Zeitpunkt der Erkrankung vor. Es handelte sich dabei um zwei weibliche (50,0 %) und zwei männliche (50,0 %) Freiwillige. 15 Befragte (78,9 %), elf weibliche (73,3 %) und vier männliche (26,7 %), reisten ohne Befunde oder Unterlagen nach Deutschland zurück.

Bei der Frage nach der Art der Erkrankung wurden ähnliche Krankheitsbilder in Kategorien zusammengefasst und in Abb. 4 nach Häufigkeit aufgeführt. Am häufigsten gaben die Freiwilligen Erkrankungen der Kategorie *Durchfallerkrankungen/Magen-Darm-Infekt* an. 13 Freiwillige (68,4 %) gaben mehr als eine Erkrankung für den Zeitraum ihres Auslandsaufenthaltes an.

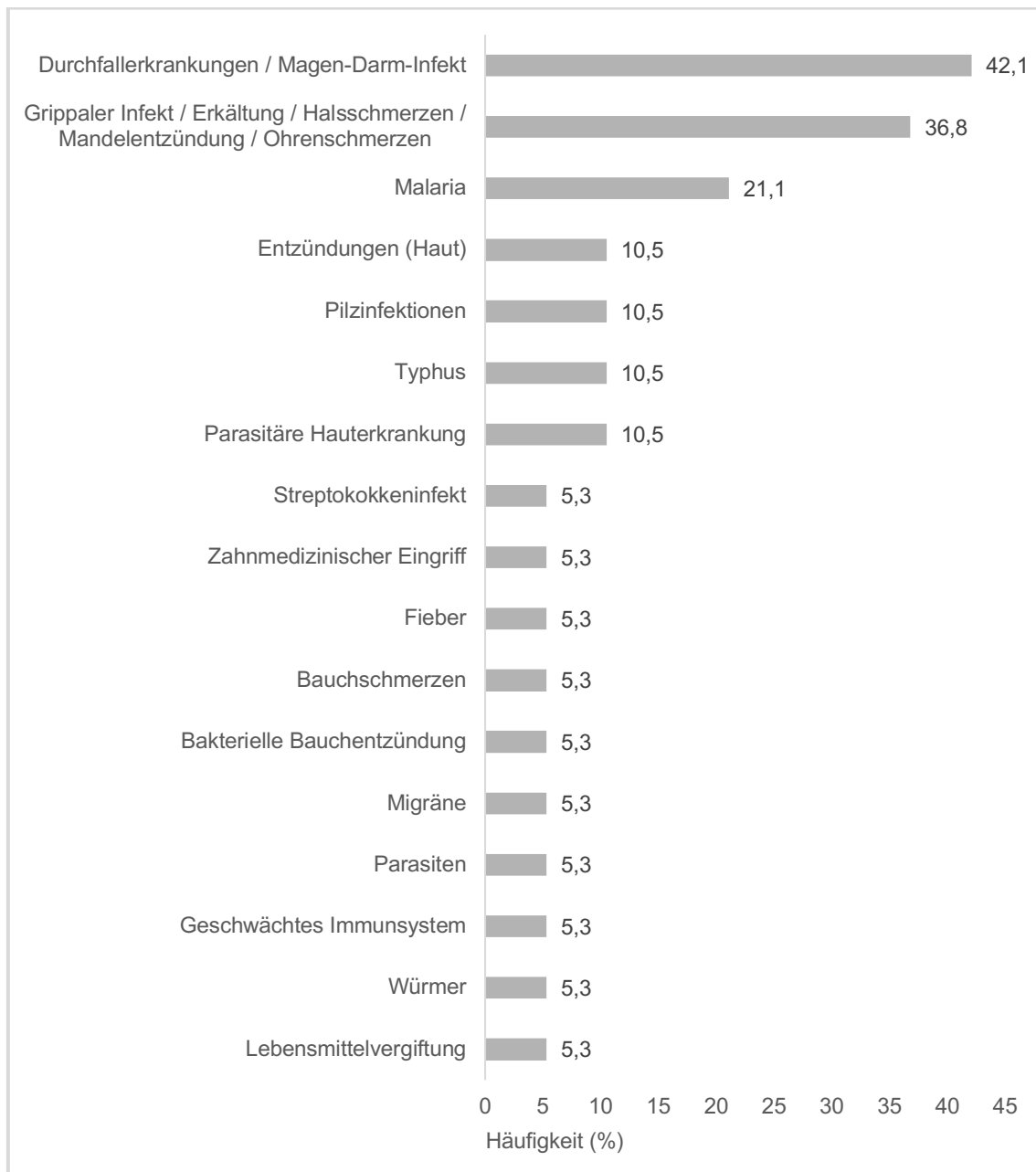


Abb. 4: Erkrankungen während des Auslandsaufenthaltes (Fragebogen 1)

n = 19

Hinweis: Den Angaben liegen Mehrfachnennungen der Befragten zugrunde.

3.1.4 Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 1 zum Gesundheitszustand nach dem Auslandsaufenthalt

Nach dem Auslandsaufenthalt erkrankten vier von 28 Freiwilligen (14,3 %), es handelte sich dabei um vier weibliche Freiwillige. Von diesen hatten drei (75,0 %) angegeben, auch während des Aufenthaltes erkrankt zu sein. Eine Freiwillige (25,0 %) erkrankte ausschließlich im Anschluss an ihren Auslandsdienst. Gesund blieben nach der Rückkehr nach Deutschland demzufolge 24 Freiwillige (85,7 %) – 13 weibliche (54,2 %) und elf männliche (45,8 %). Über *Befunde/Unterlagen* verfügten drei der vier erkrankten Freiwilligen (75,0 %).

Als Erkrankungen nach dem Auslandsaufenthalt nannten die vier Freiwilligen „*Hyperthyreose (nach einigen Monaten weg)*“, „*Migräne*“, „*Schnupfen, gereizte Nebenhöhlen*“ sowie „*Parasiten, Immunsystem schlecht*“.

Abzüglich der Doppelnennungen erkrankten im Rahmen (während und/oder nach) des Auslandsaufenthaltes insgesamt 20 Freiwillige (71,4 %).

3.2 Fragebogen 2

Gemäß den in Fragebogen 1 gemachten Angaben wurde Fragebogen 2 an 20 Personen versandt. Der Rücklauf lag hier bei sechs Fragebögen. Aufgrund der geringen Fallzahl können die Ergebnisse nicht als repräsentativ betrachtet werden, ihre Darstellung wird daher im Folgenden kurz gehalten.

3.2.1 Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 2 zu Person und Auslandsaufenthalt

Fünf der Befragten waren weiblich, einer männlich. Das Durchschnittsalter der Freiwilligen betrug zum Zeitpunkt ihres Reiseantritts 21 Jahre, die Altersspanne lag dabei zwischen 19 und 25 Jahren.

Im Mittel betrug die Dauer der Auslandsaufenthalte 11,3 Monate – fünf Freiwillige absolvierten den Auslandsdienst in *Tansania*, ein Freiwilliger in *Brasilien*.

Ihre Tätigkeiten übten sie in unterschiedlichen Einrichtungen aus, wobei drei eine *Arbeit im Kindergarten* nannten. Alle Befragten waren in einem erzieherischen bzw. pflegerischen Bereich tätig.

3.2.2 Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 2 zum Gesundheitszustand vor dem Auslandsaufenthalt

Erkrankungen

Die Hälfte der Freiwilligen machte Angaben zu Krankheiten vor dem Auslandsaufenthalt. Diese betrafen vier von elf möglichen Kategorien. Alle angeführten Erkrankungen waren Selbstdiagnosen: *Akne/Lebensmittelallergie, Husten, Durchfall, trockene Haut.*

Reisemedizinische Beratung

Alle Freiwilligen der vorliegenden Untersuchung unterzogen sich einer tropenmedizinischen Beratung. Konkret wurden zur reisemedizinischen Beratung nachfolgend aufgeführte Bestandteile erfragt – zur Auswahl standen jeweils *Tropeninstitut, Hausarzt, Internet* und *Sonstige*.

Als Ort der Impfberatung nannten 4/6 ein *Tropeninstitut*, über das Reiseland informierten sich 4/6 via *Internet*. Informationen zur Basishygiene erhielten 3/6 in einem *Tropeninstitut*, 4/6 suchten bezüglich des Mückenschutzes Rat in einem *Tropeninstitut*. Die Reiseapotheke stellten je 2/6 anhand von Informationen aus einem *Tropeninstitut* und dem *Internet* zusammen.

Insgesamt am häufigsten informierten sich die Freiwilligen durch sonstige Informationsquellen. Allen Angaben liegen dabei Mehrfachnennungen der Befragten zugrunde.

Ärztliche Untersuchung

Eine ärztliche Untersuchung vor dem Auslandsaufenthalt ließen nach eigenen Angaben alle sechs Freiwilligen durchführen. Keine der durchgeführten Untersuchungen zeigte Auffälligkeiten.

Impfungen

Im Rahmen der medizinischen Vorsorge wurde der Impfschutz der Freiwilligen gegen bestimmte Infektionskrankheiten überprüft – per *Impfbuchkontrolle* oder *Blut-/Hauttest*. Der Impfschutz aller sechs Freiwilligen wurde gegen *Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Hepatitis A, Hepatitis B, Masern-Mumps-Röteln, Gelbfieber* und *Japanische Enzephalitis* überprüft. Bei 5/6 fand darüber hinaus eine

Überprüfung des Impfschutzes gegen *Keuchhusten*, *Windpocken* und *Meningokokken* statt. Der Impfschutz gegen *Cholera* wurde bei 4/6, gegen *Typhus* bei 3/6 und gegen *FSME (Zecken)*, *Influenza (Grippe)* und *Tuberkulose* bei jeweils 2/6 überprüft.

3.2.3 Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 2 zum Gesundheitszustand während des Auslandsaufenthaltes

Krankheitszeichen während des Auslandsaufenthaltes

Während ihres Auslandsaufenthaltes zeigten fünf Freiwillige Anzeichen einer Erkrankung und nannten dabei mehr als ein Krankheitszeichen für diesen Zeitraum. Am häufigsten gaben sie *unklares Fieber*, *anhaltende Durchfälle* sowie *Magenschmerzen/Verdauungsbeschwerden* an.

Diagnostizierte Krankheiten während des Auslandsaufenthaltes

Bei 4/6 der Freiwilligen wurden Krankheiten diagnostiziert – dabei handelte es sich ausschließlich um weibliche Freiwillige. Die Angaben der Freiwilligen hierzu lauteten „*Malaria (Fieber, Gliederschmerzen, Nackenverspannung)*“, *Dehydratation*“, „*Infektion durch Würmer und Bakterien (Stuhlprobe)*“, „*starke Erkältung mit Schluckbeschwerden*“ sowie „*Malaria, Amöben*“.

Medikamenteneinnahme

Während ihres Auslandsaufenthaltes nahmen 5/6 der Befragten Medikamente ein. Dabei gaben 2/6 je zwei Medikamente für die Zeit ihres Auslandsdienstes an. Die Einnahme von *Paracetamol* nannten 3/6, es ist damit das am häufigsten eingenommene Medikament. Eine Behandlung mit *Antibiotika* erfolgte bei 2/6 – u.a. gegen eine „*starke Erkältung mit Schluckbeschwerden*“ sowie nach eigenen Angaben bei einer der beiden an Malaria Erkrankten als alleiniges Medikament. Die andere an Malaria erkrankte Freiwillige hatte zunächst die Einnahme des als Chemoprophylaxe verordneten *Lariam®* aufgrund anhaltender Magen- und Verdauungsbeschwerden sowie Kopfschmerzen und Schwindel abgebrochen und erfuhr nach Eintritt der Symptome eine Behandlung mit dem Arzneimittel „*Duo-Cotecxin*“. Einer weiteren Freiwilligen wurde gegen eine „*Infektion durch Würmer*“

und Bakterien“ ein Medikament verabreicht, dessen Namen und Wirkungsweise nicht bekannt sind.

Unfälle und Verletzungen

Nur ein Freiwilliger nannte bei der Frage nach Unfällen und Verletzungen eine „Hautöffnung am linken Ellenbogen“, welche mit einer unbekanntem Salbe behandelt wurde und nach drei Monaten verheilte.

3.2.4 Angaben der Teilnehmer an Fragebogen 2 zum Gesundheitszustand nach dem Auslandsaufenthalt

Krankheitszeichen nach dem Auslandsaufenthalt

Insgesamt 5/6 der Freiwilligen gaben für die Zeit nach dem Auslandsaufenthalt Krankheitszeichen an. Jeweils zweimal und damit am häufigsten wurden dabei *anhaltende Durchfälle, anhaltender Hustenreiz (> 4 Wochen), Magenschmerzen/ Verdauungsbeschwerden sowie Rückenschmerzen/ Nackenverspannungen/ Schulterschmerzen* genannt. Bei 3/6 kam es zu Mehrfachnennungen.

Ärztliche Untersuchung zeitnah nach Rückkehr (bis 6 Monate)

Einer ärztlichen Untersuchung zeitnah nach Rückkehr unterzogen sich alle sechs Freiwilligen der vorliegenden Arbeit. Dabei wies sowohl das kleine als auch das große Blutbild einer Freiwilligen Auffälligkeiten auf.

Ärztlich diagnostizierte Infektionskrankheiten gaben insgesamt vier Freiwillige an: 3/6 erlitten *Atemwegserkrankungen*, 2/6 *Durchfallerkrankungen* - in zwei Fällen kam es zu Doppelnennungen.

Psychische Erkrankungen wurden von den in der vorliegenden Arbeit befragten Freiwilligen für die Zeit nach ihrer Rückkehr aus dem Auslandsdienst nicht angegeben.

Gesundheitliche Spätfolgen des Auslandsaufenthaltes (bis drei Jahre)

Bezüglich gesundheitlicher Spätfolgen des Auslandsaufenthaltes konnten die Freiwilligen Auskunft über *Hauterkrankungen, Magen-/Darmerkrankungen* und *Sonstige Erkrankungen* geben. Ein Freiwilliger gab hierbei unter *Hauterkrankungen* eine „*Pilzerkrankung im Gesicht [,] noch aktuell*“ an.

3.3 Experteninterviews

Die Ergebnisse der Interviews gehen aus vier Befragungen jeweils eines Experten aus den Bereichen Entsendeorganisation, Tropenmedizin, Freiwillige und Psychologie hervor (vgl. Kapitel 2.2.1). Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Personenbezeichnungen verzichtet. Die hier gewählte männliche Form gilt dabei stets für beide Geschlechter gleichermaßen.

3.3.1 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Hauptkategorien bilden bei allen vier Interviews *Vorbereitung, Erkrankung* und *Dokumentation*.

3.3.1.1 Experteninterview Entsendeorganisation

Vorbereitung

Unter dieser Hauptkategorie wurden die beiden Kategorien *Inhalte Vor-, Zwischen- und Rückkehrerseminare bzgl. physischer und psychischer Gesundheit* (1) und *Reisemedizinische Gesundheitsberatung* (2) herausgearbeitet.

(1) Laut Experte werden folgende Themen in Bezug auf die physische und psychische Gesundheit in Vor-, Zwischen- und Rückkehrerseminaren angesprochen: Tropenmedizin, HIV und Aids, Krisen, Krisenbewältigungsstrategien, Kulturschock sowie Phasen eines Kulturschocks und dessen Bewältigung. Während das Thema Gesundheit im Zwischenseminar erneut nur auf Wunsch angesprochen wird, erhalten die Freiwilligen im Rückkehrerseminar eine Handmappe mit Unterstützungsmöglichkeiten wie Beratungsstellen z.B. bei Re-Kulturschock oder Re-Integrationsschwierigkeiten sowie einer Empfehlung für den Ort der Nachuntersuchung.

(2) Von Seiten der Organisation wird den Freiwilligen die reisemedizinische Beratung in einem Tropeninstitut angeraten. Eine Kostenübernahme für die medizinische Vorsorge durch die Entsender findet nur dann statt, wenn sie nicht von eigenen Krankenkassen oder Beihilfen übernommen wird.

Erkrankung

Die Kategorie *Krankheit/Unfall während Auslandsdienst* mit den vier Unterkategorien *Meldung und Kontaktmöglichkeiten* (1), *Hilfestellung* (2), *Kontaktwege während Auslandsaufenthalt* (3) und *Kontaktwege nach Rückkehr* (4) wurden unter dieser Hauptkategorie gebildet.

(1) Die Entsendeorganisation hat bei Krankheit und/oder Unfall eines Freiwilligen die Hoffnung bzw. das Vertrauen, dass eine Meldung durch den Betroffenen selbst oder die Partnerorganisationen stattfindet. Zudem sind die Freiwilligen zur Selbstständigkeit vor Ort angehalten. Eine Versicherung wird von Seiten der Entsendeorganisation abgeschlossen sowie Abrechnungsformulare ausgehändigt. Bei Krisen oder (medizinischen) Notfällen bzw. Unfällen sind eine Service-Hotline und Notfallnummer 24 Stunden am Tag erreichbar, die Entsendeorganisation selbst wird in schwerwiegenden Fällen benachrichtigt.

(2) Die Hotline MD Medicus bietet mit medizinisch und länderspezifisch geschultem Personal zusätzlich kurzfristig Hilfestellung. Sie nimmt dem Experten zufolge einen Teil der Arbeit im Zusammenhang mit betroffenen Freiwilligen ab und steht mit ihnen in Kontakt. In Krisenfällen ist hingegen die Entsendeorganisation erster Ansprechpartner. Sollte diese nicht erreichbar sein, steht eine Notfallnummer der fid-Servicestelle zur Verfügung.

(3) Bei Krankheit oder Unfall während des Auslandsaufenthaltes besteht Kontakt zwischen Entsendeorganisation und Freiwilligem bzw. häufig auch den Mitfreiwilligen vor Ort. Dem Experten zufolge bestand bislang kein Kontakt zwischen der Entsendeorganisation und behandelnden Ärzten vor Ort, Rückflüge für Freiwillige aus medizinischen Gründen wurden in der Vergangenheit jedoch bereits organisiert. Die Organisation erfolge hierbei bei Bestätigung der Versicherung direkt über die Freiwilligen, die Entsendeorganisation sowie die Fluggesellschaft.

(4) Auch nach Rückkehr vertraue die Entsendeorganisation auf die Rückmeldung mit Informationen zum Gesundheitszustand durch den im Ausland bzw. nach Rückkehr erkrankten Freiwilligen. Der Experte erinnert sich an einen Fall, bei dem die Schwere der Erkrankung eines Freiwilligen erst nach dessen Rückkehr erkannt wurde. Eine Rückmeldung durch erkrankte Freiwillige sei insbesondere

für eine entsprechende Meldung bei der Berufsgenossenschaft wichtig, um eine medizinische Anerkennung im Fall von Folgeschäden zu sichern.

Dokumentation

In der Auswertung ergaben sich die Kategorien *Status quo: Dokumentation von Informationen zum Gesundheitszustand (1)* und *Ausblick: Dokumentation von Erkrankungen im Rahmen des Auslandsdienstes in Zukunft (2)*.

(1) Seitens der Entsendeorganisation findet in der Vorbereitung des Auslandsaufenthaltes mit der Anforderung eines Gesundheitszeugnisses eine Dokumentation von Informationen zum Gesundheitszustand des Freiwilligen statt. Dabei wird laut Experte darum gebeten, die Ausstellung des Gesundheitszeugnisses durch einen Arzt vornehmen zu lassen, der die physische und psychische Gesundheit des Freiwilligen bereits seit vielen Jahren kennt. Zugleich müsse das Gesundheitszeugnis auch die spezifische Eignung der Freiwilligen in Bezug auf das Einsatzland erfüllen. Als Beispiel nennt der Experte hier die unterschiedlichen gesundheitlichen Anforderungen im Hoch- und Tiefland Boliviens sowie in tropischen Gebieten Tansanias. Darüber hinaus würden die Freiwilligen zur Unterzeichnung einer Gesundheitserklärung angehalten, die eine Datenabfrage durch den medizinischen Dienst ermögliche. Im Fall einer Erkrankung nach Rückkehr erfolge die Meldung an die Versicherung durch die Freiwilligen selbst. Einer ausgehändigten Handmappe können diese Informationen zu medizinischen Einrichtungen und Beratungsstellen entnehmen. Betreffe der Krankheitsfall die Berufsgenossenschaft, informiere die Entsendeorganisation die Unfallkasse des Bundes anhand eines Unfallbogens.

(2) Als Möglichkeit zur besseren zukünftigen Dokumentation von Erkrankungen Freiwilliger im Auslandsdienst spricht sich der Experte für eine ausführliche Untersuchung vor Reiseantritt und nach Rückkehr aus. Da die Kosten für eine Nachuntersuchung von der Entsendeorganisation nicht übernommen werden, ist dem Experten zufolge hier lediglich eine Empfehlung denkbar. Für die Einführung einer verpflichtenden Nachuntersuchung sieht der Experte keine gesetzliche Grundlage. Bei einer Kostenübernahme könne man jedoch mit einer konsequenteren Durchführung durch die Freiwilligen rechnen.

3.3.1.2 Experteninterview Tropenmedizin

Vorbereitung

Unter dieser Hauptkategorie umfasst die Kategorie *Reisemedizinische Gesundheitsberatung* die vier Unterkategorien *Verbesserungsmöglichkeiten bzgl. Empfehlung für Ort* (1), *Gesundheitsberatung* (2), *Untersuchungen zum aktuellen Gesundheitszustand* (3) sowie *Involvierung in Vorseminare* (4).

(1) Eine Verbesserungsmöglichkeit sieht der Experte in der Entscheidung für den Ort der Gesundheitsberatung. Unterstützen würde hier eine Liste mit für die Gesundheitsberatung sowie medizinische Vorsorge geeigneter Organisationen, Kliniken und Institute, wie z.B. tropenmedizinische Einrichtungen oder Arbeitsmediziner.

Die im Rahmen von Fragebogen 2 der vorliegenden Arbeit befragten Freiwilligen hatten sich nach eigenen Angaben alle einer reisemedizinischen Beratung unterzogen. Dabei war das Tropeninstitut der insgesamt am häufigsten aufgesuchte Ort für reisespezifische Informationen. (vgl. Kapitel 3.2.2)

(2) Eine Vorsorgeuntersuchung von Freiwilligen vor Fernreisen beinhalte eine Beratung und Aufklärung über das Malariarisiko sowie die empfohlenen Impfungen inklusive Durchsicht der Impfdokumentation. Da die Informationsübermittlung im Rahmen eines Beratungsgesprächs begrenzt sei, empfiehlt der Experte ein umfangreiches Seminar für Ausreisende. Dieses erlaube ein detailliertes Eingehen auf einzelne Probleme – so etwa eine umfassende Aufklärung über Gesundheitsprobleme, Schutzmaßnahmen, Informationen zum Verhalten im Krankheitsfall vor Ort.

Eine Impfberatung wurde allen in Fragebogen 2 der vorliegenden Arbeit befragten Freiwilligen zuteil – sie fand mit 4/6 am häufigsten in einem Tropeninstitut statt. (vgl. Kapitel 3.2.2)

(3) Dem Experten zufolge finden Untersuchungen zum aktuellen Gesundheitszustand eines Freiwilligen im Rahmen eines Beratungsgesprächs nicht standardmäßig statt, sie werden nur auf Wunsch der Entsendeorganisation bzw. des kommerziellen Entsenders durchgeführt. In diesem Fall finde die Untersuchung nach

dem Berufsgenossenschaftlichen Grundsatz 35 (G 35; neu nach Arbeitsmedizinischer Vorsorgeverordnung: Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen) statt und beinhalte eine Erhebung der Anamnese mit ggf. gezielten Untersuchungen, eine internistische Basisuntersuchung sowie eine Basis-Laboruntersuchung, wie z.B. Blutbild, Leberwerte, Nierenfunktion und Urinstatus. Spezielle Untersuchungen seien bei Rückkehr vom Auslandsaufenthalt mit auffälliger Anamnese, wie z.B. einem Hinweis auf spezielle Gefährdungen erforderlich.

Eine ärztliche Untersuchung vor Reiseantritt erfolgte bei allen sechs in Fragebogen 2 der vorliegenden Arbeit befragten Freiwilligen. Dabei wurden neben den vom tropenmedizinischen Experten genannten Basis-Laboruntersuchungen nach Angaben der Freiwilligen u. a. auch HIV- und Hepatitis Tests durchgeführt. (vgl. Kapitel 3.2.2)

(4) Der Experte selbst ist bislang nicht in Vorseminare von Entsendeorganisationen wie z.B. dem BDKJ Würzburg involviert, allerdings regelmäßig für die AGEH (Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe e. V.) tätig.

Erkrankung

Unter dieser Hauptkategorie wurde die Kategorie *Gesundheitliche Gefahren und Erkrankungen* mit den vier Unterkategorien *Gesundheitliche Gefahren bzgl. Reiseländer* (1), *Gesundheitliche Gefahren bzgl. Tätigkeit* (2), *Häufige Erkrankungen* (3) und *Erkrankungen mit Langzeitfolgen* (4) gebildet.

(1) Der Experte nennt Infektionskrankheiten als Beispiel für speziell die Länder Südamerika, Afrika und Indien betreffende Risiken. Dabei sei die Malaria eine Erkrankung mit unterschiedlich häufigem Vorkommen in tropischen und subtropischen Ländern. Auch innerhalb eines Landes gebe es Unterschiede bzgl. des Risikos einer Malariaübertragung. So bestehe das höchste Risiko in West- und Zentralafrika. Im Hochland von Kenia werde das Risiko hingegen anders beurteilt, im Hochland von Bolivien bestehe keine Übertragungswahrscheinlichkeit. Deshalb ist dem Experten zufolge eine sehr differenzierte Betrachtung notwendig

und somit keine pauschale Aussage möglich, da darüber hinaus bei einem Langzeitaufenthalt häufig auch Reisen in Nachbarländer stattfinden würden, in denen die Exposition möglicherweise völlig anders zu beurteilen sei.

Die in der vorliegenden Arbeit befragten Freiwilligen reisten insgesamt mit Abstand am häufigsten nach Tansania und setzten sich damit u. a. einem erhöhten bzw. hohen Malariarisiko aus. (vgl. Kapitel 3.1.2, 3.2.1)

Eine Übertragung von Virusinfektionen erfolge durch Vektoren, häufig Moskitos. Das Vorkommen von Denguefieber in o.g. Regionen sei bekannt, auch hier sei eine geographisch unterschiedliche Epidemiologie zu beobachten. Aktuell komme das Denguefieber sehr häufig im Bereich Indischer Ozean sowie in Südamerika und der Karibik vor. Aus Afrika liegen laut Experte weniger gute Daten vor, das Vorkommen sei hier allerdings gesichert. Darüber hinaus bestünden Risiken bezüglich der medizinischen Versorgungsmöglichkeiten und der jeweiligen Infrastruktur. So stünden Regionen mit guter Notfallversorgung wie z.B. Großstädte in Südamerika Regionen auf dem Land gegenüber, in denen die Versorgung meist unzureichend ist.

(2) Eine Analyse gesundheitlicher Gefahren in Bezug auf die Tätigkeit sei meist nicht so detailliert, da vor Reiseantritt häufig keine Arbeitsplatzbeschreibung vorliege und somit eine Beurteilung des Arbeitsumfeldes im Hinblick auf spezielle Risiken nicht möglich sei. Die arbeitsmedizinische Vorsorge sei zudem im Ausland wesentlich weniger entwickelt. Gerade bei Tätigkeiten mit Gefährdungspotenzial wie z.B. dem Umgang mit Werkzeugen seien die individuellen Schutzmaßnahmen häufig Substandard, eine Arbeitsschutzkleidung oft nicht verfügbar.

Das größte Gefährdungspotenzial für die Gesundheit haben nach Aussage des Experten Unfälle, insbesondere Verkehrsunfälle oder Unfälle im Freizeitbereich. Vor allem das Schwimmen in unbekanntem Gewässern und die Nutzung von Verkehrsmitteln mit unzureichenden Sicherheitsstandards wie das Fahren mit Motorrädern in Ländern, in denen dies das einzig verfügbare und preiswerteste Verkehrsmittel sei, bergen ein hohes Unfallrisiko. Statistisch stellten Unfälle das größte letale Risiko im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes dar. Der Experte gibt

diesbezüglich zu bedenken, dass die Risikobereitschaft auf Auslandsreisen ggf. zunehmen kann.

Die ausgeübten Tätigkeiten der im Rahmen der vorliegenden Arbeit befragten Freiwilligen lagen vorwiegend im erzieherischen bzw. pflegerischen Bereich. Welchem individuellen Risiko die Freiwilligen hierbei ausgesetzt waren, kann aufgrund fehlender Informationen zur Arbeitssicherheit nicht abschließend beurteilt werden. Tatsächlich erkrankten jedoch 67,9 % (Fragebogen 1) bzw. 5/6 (Fragebogen 2) während des Auslandseinsatzes, 1/6 verletzte sich, kein Freiwilliger verunfallte. (vgl. Kapitel 3.1.2, 3.1.3, 3.2.1, 3.2.3)

(3) Als häufigstes Gesundheitsproblem von Freiwilligen im Auslandsdienst nennt der Experte Durchfallerkrankungen, ggf. in Verbindung mit Fieber. Nicht selten komme es jedoch im Rahmen einer Abklärung und eines stationären Aufenthaltes zu Diagnosen von Erkrankungen, die retrospektiv nicht haltbar seien. So würden Malaria und Typhus aufgrund häufig nicht verfügbarer adäquater Diagnostik ohne definitive Absicherung als Ursache für fieberhafte Durchfallerkrankungen diagnostiziert. Dies wiederum führe zur Verunsicherung des Reisenden und infolgedessen teilweise zu nicht gerechtfertigten Heimreisen. Der Experte rät deshalb zur Vermittlung eines möglichst realistischen Bildes bzgl. der Versorgungsmöglichkeiten im Reiseland vor Antreten des Auslandsaufenthaltes.

In Übereinstimmung mit der vom tropenmedizinischen Experten geschilderten Erfahrung, stellten auch für die im Rahmen der vorliegenden Arbeit befragten Freiwilligen Durchfallerkrankungen/Magen-Darm-Infekte bzw. unklares Fieber, anhaltende Durchfälle sowie Magenschmerzen/Verdauungsbeschwerden die häufigsten gesundheitliche Probleme während des Auslandsaufenthaltes dar. (vgl. Kapitel 3.1.3, 3.1.4, 3.2.3, 3.2.4)

(4) Die im Ausland zugezogenen Erkrankungen sind dem Experten zufolge überwiegend akut und heilen bei entsprechender Behandlung in der Regel folgenlos aus. Erkrankungen mit langfristigen Konsequenzen seien z.B. die Schistosomiasis in Afrika und die Chagas-Infektion in Südamerika. Bei letzterer seien die Fallzahlen bei ausreisenden Fachkräften oder Volontären aufgrund sehr geringer Übertragungswahrscheinlichkeiten niedrig. Gravierend seien die Konsequenzen

jedoch bei Nichterkennung aufgrund des heimtückischen Verlaufs der Erkrankung. Das Auftreten von Fieber werde heutzutage vorrangig mit Malaria in Verbindung gebracht. So frage dies auch ein niedergelassener Arzt in der Regel bei Patienten nach einem Auslandsaufenthalt ab.

Den Angaben der in dieser Arbeit befragten Freiwilligen zufolge erkrankten 14,3 % bzw. 4/6 zeitnah nach Rückkehr – zum Großteil ärztlich diagnostiziert. Ein Freiwilliger gab als Langzeitfolge des Auslandsdienstes eine Pilzerkrankung im Gesicht an. (vgl. Kapitel 3.1.4, 3.2.4)

Dokumentation

Abschließend wurde hier die Kategorie *Ausblick: Dokumentation von Erkrankungen im Rahmen des Auslandsdienstes in Zukunft* formuliert.

Ein strukturierter Fragebogen ist dem Experten zufolge für die Dokumentation von Erkrankungen Freiwilliger zur Erhebung wissenschaftlich valider Daten im Rahmen des Auslandsdienstes notwendig. Neben einer prospektiven Durchführung wären eine Erinnerung zum erneuten Ausfüllen des Fragebogens in regelmäßigen Abständen, z.B. im Drei-Monats-Rhythmus sowie ein Interview zum Abschluss des Auslandsaufenthaltes sinnvoll. Darüber hinaus spricht sich der Experte für die Vermittlung von Basisverständnis im Rahmen eines umfassenden und strukturierten Seminars vor Ausreise aus.

Bei einer nicht zeitnahen Dokumentation von Erkrankungen Freiwilliger leidet dem Experten zufolge die Qualität der Daten, da z.B. aus einer zweitägigen Durchfallepisode eine einwöchige Durchfallerkrankung werden könne. Darüber hinaus bestehe die Gefahr der unpräzisen Wiedergabe von Begleitsymptomen. Die Unterscheidung zwischen Banalität und gravierendem medizinischem Problem sowie die Auswirkungen auf die Tätigkeit, wie z.B. dieser fernzubleiben, Bettruhe einzuhalten oder einen Arzt aufzusuchen, seien dann nicht mehr möglich bzw. eindeutig nachzuvollziehen.

3.3.1.3 Experteninterview Freiwillige

Vorbereitung

Die Kategorie *Reisemedizinische Gesundheitsberatung* mit den beiden Unterkategorien *Ort* (1) und *Verbesserungsmöglichkeiten bzgl. Empfehlung für Ort durch Entsendeorganisation* (2) wurde im Rahmen der Auswertung unter dieser Hauptkategorie gebildet.

(1) Der Experte gibt an, dass bei ihm die reisemedizinische Gesundheitsberatung für Bolivien in einer tropenmedizinischen Ambulanz stattgefunden hat.

(2) Bezüglich der Entscheidungsfindung im Hinblick auf den Ort der Gesundheitsberatung sieht der Experte nur in der Vorbereitung des Auslandsaufenthaltes Verbesserungsmöglichkeiten. Für die Zeit des Auslandsdienstes liege hingegen keine größere Verantwortung bei den Entsendeorganisationen, da der Freiwillige im Vorseminar u.a. zur eigenständigen Entscheidung für eine Gesundheitsberatung im Krankheitsfall vor Ort angehalten werde. Zudem habe der Freiwillige vor Ort Kontakte zu Menschen mit finanziellen Möglichkeiten für eine bessere medizinische Versorgung. Die Entsendeorganisation könne zu diesem Zeitpunkt die Lage ggf. nicht ausreichend einschätzen.

Erkrankung

Unter dieser Hauptkategorie wurde die Kategorie *Krankheit/Unfall während Auslandsdienst* mit den beiden Unterkategorien *Behandlung bei Eintritt der Erkrankung* (1) und *Kontakt zu Entsendeorganisation* (2) sowie die Kategorien *Nachsorge* (3) und *Psychische Belastungen* gebildet. Letztere mit den vier Unterkategorien *Stellenwert seelischer Belastungen* (4), *Vorbereitung auf seelische Belastungen* (5), *Austausch im Zwischenseminar* (6) und *Hilfe bei seelischer Belastung* (7) heraus gearbeitet.

(1) Als Symptome traten bei Eintritt der Erkrankung starke Kopfschmerzen und nachfolgend Fieber auf. Das Wissen aus der reisemedizinischen Beratung habe dem Experten bei Einsetzen von Gliederschmerzen zur Verdachtsdiagnose Denguefieber verholfen. Daraufhin habe er sich telefonisch von einem Tropenmedi-

ziner aus der Familie beraten lassen, es sei jedoch zunächst eine ärztliche Behandlung mit nicht adäquaten Vitaminsäften erfolgt. Darüber hinaus habe unter Anleitung des verwandten Tropenmediziners eine Behandlung aus der eigenen Reiseapotheke stattgefunden. Wäre eine anderweitige Behandlung notwendig geworden, so hätte sich der Experte für ein privates Krankenhaus vor Ort entschieden.

(2) Kontakt zur Entsendeorganisation habe im Zeitraum während der Erkrankung in Form eines Telefonates bestanden, in dem diese über die Erkrankung, die Behandlung vor Ort sowie den bestehenden Kontakt zum verwandten Tropenmediziner informiert worden sei. Eine Meldung in dieser Form sei für Freiwillige seiner Entsendeorganisation im Fall einer Erkrankung verpflichtend gewesen.

(3) Die Nachsorgeuntersuchung im Anschluss an die Rückkehr habe wiederum in einer tropenmedizinischen Ambulanz stattgefunden. Hierbei wurden laut dem Experten eine Blutabnahme und eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt.

(4) In Bezug auf den Stellenwert seelischer Belastungen gibt der Experte zu bedenken, dass Freiwillige bei weltwärts-Programmen sehr jung, meist Abiturienten und zu diesem Zeitpunkt entsprechend reiseunerfahren und weltfremd seien sowie über eine geringe Selbstkenntnis verfügten. Im Auslandsdienst würden sich die Freiwilligen dann mit der Verantwortung für das eigene Leben nach dem Schulabschluss sowie der privilegierten Geburt in Deutschland konfrontiert sehen – dem Experten nach eine bereichernde, aber nicht leichte Erfahrung. Während zu Beginn des freiwilligen Auslandsdienstes die Euphorie überwiege, entwickle der Freiwillige nach und nach ein anderes Bewusstsein für die eigene Person und die fehlende Zugehörigkeit zum Reiseland. Letztere stelle im Verlauf einen Einbruch im Auslandseinsatz dar. Infolgedessen komme es zur Kontaktsuche zu anderen Freiwilligen und Personen aus dem gleichen Heimatland, zu neuen Vertrauenspersonen. Für den Experten stellen jedoch die überstandenen schwierigen Phasen des Auslandsaufenthalts sowie die gewonnene Selbstständigkeit eine Bereicherung dar. Erfolge für den Freiwilligen seien dabei Selbsterkenntnis, Selbstfindung und Persönlichkeitsentwicklung.

(5) Zum einen finde eine Vorbereitung auf seelische Belastungen im Vorseminar mit der Darstellung einer Stimmungskurve für den Zeitraum des Auslandsdienstes sowie der Thematisierung von Einstellung und Erwartungen bzgl. des Auslandsaufenthaltes statt. Zum anderen erfolge diese durch Gespräche mit anderen Freiwilligen und Entwicklungshelfern. Eine realitätsnahe Darstellung der Belastungen in gewohnter Umgebung sei dabei allerdings nicht möglich. Ein Problem vieler Freiwilliger ist dem Experten zufolge das anfängliche Gefühl, nach Absolvieren des Schulabschlusses, die Welt verändern zu können. Die Motivation sinke, da den Freiwilligen zunehmend der begrenzte Erfolg ihres Einsatzes bewusst werde, bedingt durch unterschiedlichste Faktoren. Der Experte selbst habe diese Lernphase im Freiwilligendienst sinnvoll genutzt und als Bereicherung empfunden. Der Input, den der Freiwillige dem Land gebe, sei hingegen eher eine Belastung für das Land.

(6) Nach einem halben Jahr im Auslandsdienst kam es im Rahmen des Zwischenseminars zu einem von dem Experten als sehr gelungen empfundenen Treffen mit zwei angereisten Betreuern und Freiwilligen aus anderen Projekten derselben Entsendeorganisation mit u.a. Thematisierung von Problemen. Der Experte schöpfte daraus Motivation für die zweite Hälfte seines Einsatzes.

(7) Als größte Hilfe bzw. emotionales Polster im Umgang mit den seelischen Belastungen während des Auslandsaufenthaltes empfand der Experte das Zusammensein und den Austausch mit zwei weiteren Freiwilligen im gleichen Alter vor Ort. Sie hätten außer der gemeinsamen An- und Abreise als Mitbewohner sehr viel Zeit miteinander verbracht.

Dokumentation

Die Kategorie *Ausblick: Dokumentation von Erkrankungen Freiwilliger im Rahmen des Auslandsdienstes in Zukunft* wurde unter dieser Hauptkategorie gebildet.

Der Experte empfindet die Dokumentation von Erkrankungen Freiwilliger im Rahmen des Auslandsdienstes als sehr wichtig und regt an, dabei verstärktes Augenmerk auf die Art der Erkrankung zu legen, insbesondere in Bezug auf die

seelischen Belastungen. Im Fall einer nennenswerten Erkrankung sollte der Freiwillige diese an die Entsendeorganisation melden, welche wiederum eine Listung von Erkrankungen aller eigens entsendeten Freiwilligen erstellen sollte. Ebenso sollte eine zentrale Bündelung der Meldungen stattfinden und den Entsendeorganisationen zur Verfügung gestellt werden. Eine Bündelung der Daten ist dem Experten zufolge auch hinsichtlich der Erkenntnis sinnvoll, ob eine Einsatzregion ggf. zu gefährlich für junge, unerfahrene Menschen sei. So gibt er zu bedenken, dass sich Freiwillige durch jugendlichen Leichtsinn häufiger Gefahren aussetzen. Wenn notwendig sollte es möglich sein, auch kurzfristig während der Vorbereitung oder während des Auslandsaufenthaltes selbst zu reagieren und den Einsatzort zu wechseln.

3.3.1.4 Experteninterview Psychologie

Vorbereitung

Unter dieser Hauptkategorie entwickelten sich in der Auswertung die beiden Kategorien *Auswahl der Freiwilligen* (1) und *Inhalte Vor-, Zwischen- und Rückkehrerseminare bzgl. psychischer Belastungen* (2).

(1) Dem Experten ist nicht bekannt, inwiefern psychologische Kriterien in der Auswahl der Freiwilligen eine Rolle spielen und ob bei einer psychischen Erkrankung eine entsprechende Exploration z.B. über Motivation durchgeführt werden könne. Durch die Entsendeorganisationen komme es eher zur Förderung des Auslandsdienstes als zum Abraten bzw. zur Ablehnung Freiwilliger bei empfundener Nichteignung, z.B. im Falle seelischer Erkrankungen. Wünschenswert sei die Auswahl und Testung der psychologischen Eignung der Freiwilligen durch erfahrene Personen. Diese sollten beurteilen, ob die psychische Stabilität fraglich bzw. nicht vorhanden sei, auch wenn dem Experten zufolge eine prospektive Einschätzung schwer ist.

(2) Ehemalige Freiwillige berichteten von ihren Erfahrungen im Vorseminar, stünden ihren Nachfolgern für Fragen zur Verfügung und leisteten damit einen wichtigen Beitrag in der Vorbereitung. Während des Auslandsaufenthaltes könne diese Hilfe bei Bedarf per Mail in Anspruch genommen werden. Bei praktischen

Fragen finde eher eine Kontaktaufnahme zu anderen bzw. ehemaligen Freiwilligen als zu Verantwortlichen in der Organisation oder den Eltern statt. Dies sieht der Experte als Unterstützung und seelischen Geleitschutz auf dem nicht pathologischen Weg der Ablösung.

Eine dringende Empfehlung gibt er für die intensive Besprechung der Themen Kränkung und Gewalt sowie die Durchführung eines Sicherheitstrainings, z.B. durch das THW (Technisches Hilfswerk). Letzteres sei eine praktische Vorbereitung auf gefährliche Situationen durch erfahrene Personen, die fehlende familiäre Verbindung wirke sich dabei positiv auf den Lerneffekt aus. Ebenso notwendig sei die Beachtung psychischer Faktoren in der Vorbereitung. So sollte z.B. beim Thema Angst vermittelt werden, dass dies eine wichtige Empfindung sei und kein Versagen bedeute, sondern im Gegenteil Anzeiger für gefährliche Situationen sein könne. Eine präzise Vorbereitung kultureller Umstände und das Vorgeben eines Verhaltenskodex seien genauso erforderlich wie Informationen zu Krisenintervention bzw. Krisenmanagement mit u. a. der Nennung von Ansprechpartnern.

Der Freiwillige sollte auch über mögliche psychische Nebenwirkungen von Malaria prophylaxe aufgeklärt werden. Ebenfalls wichtig erscheint es dem Experten zu vermitteln, dass trotz des Strebens nach Selbstständigkeit des jungen Erwachsenen die Inanspruchnahme psychologischer Hilfe nach bestimmten bedrohlichen Erfahrungen wie z.B. Unfällen unumgänglich ist. Dem Experten sind genaue Inhalte von Zwischen- und Rückkehrerseminaren in Bezug auf psychische Belastungen nicht bekannt. Wichtig sei hierbei von Seiten der Entsendeorganisationen einen Vertrauensraum zu schaffen. So sollte vermittelt werden, dass eine Rückkehr ohne Verurteilung durch die Familie oder Probleme mit der Entsendeorganisation jederzeit möglich sei. Ebenso wichtig erscheint dem Experten die geschützte, anonymisierte Thematisierung von hochproblematischen Erlebnissen sowie Befindlichkeiten und Entfremdungserleben von Entsandten und Angehörigen ohne Scham- und Versagensgefühle. Hier sollten Vertrauenspersonen auch mitunter gezielt nachfragen oder auf Beratungsstellen verweisen. Ein derartiger Vertrauensraum ist dem Experten nach wichtiger als ein psychologisches Gremium.

Erkrankung

Unter dieser Hauptkategorie mit der Kategorie *Psychische Belastungen* wurden folgende sechs Unterkategorien gebildet: *Stellenwert psychischer Belastungen* (1), *Besonders seelisch belastende Erfahrungen* (2), *Rolle der Tätigkeit bzgl. seelischer Belastung* (3), *Anzeichen psychischer Belastung während Auslandsdienst* (4), *Rolle der Rückkehr* mit Unterscheidung in *a) bei vorausgegangener seelischer Belastung* (5.1) und *b) als Auslöser seelischer Belastungen* (5.2) sowie *Psychische Erkrankungen als Langzeitfolge* (6).

(1) Bei psychischen Belastungen im Auslandsdienst wird laut Experten zwischen als pathologisch diagnostizierten seelischen Erkrankungen, die ggf. nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Version 10) verschlüsselbar sind und normalen Entwicklungsprozessen wie Reifungskrisen, z.B. der Ablösephase vom Elternhaus, unterschieden. So seien Probleme und Schwierigkeiten nicht gleich hoch pathologisch. Für den Freiwilligen sei das Gelingen des Auslandsdienstes am wichtigsten, ein Abbrechen werde häufig mit einer Niederlage gleich gesetzt und deshalb vermieden. Nach Meinung des Experten findet ein Teil der Identitätsentwicklung während der Pubertät statt, später im Auslandsdienst befänden sich die Freiwilligen jedoch weiter auf Selbstsuche. Die eigene, noch nicht gefestigte Persönlichkeit ist dem Experten zufolge ein genereller psychischer Stressfaktor. Hinzu komme die fremde Kultur, die durch die Konfrontation mit der fremden Sprache sowie kulturellen Belangen als zusätzlicher psychischer Stressfaktor wirke.

(2) Besonders seelisch belastend seien sexuelle Übergriffigkeit sowie Nebenwirkungen von Malariaprophylaxe wie z.B. Depressionen mit Psychoseanteilen als medikamenteninduzierte seelische Erkrankung. Hier könne es unter Umständen zu einer Fehldiagnostik aufgrund fehlender Vorbereitung von Teilnehmern und Betreuern sowie enormen Persönlichkeitskrisen aufgrund einer Unsicherheit gegenüber der eigenen Person kommen. Ebenso besonders seelisch belastend seien Traumata wie z.B. Unfälle oder Anschlagserfahrungen mit lebensbedrohlichen Erfahrungen in militärisch riskanten Gebieten. Insbesondere bei ausblei-

bender psychologischer Erstversorgung seien Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) möglich. Die Auswirkungen von Traumatisierungen, die Diagnose einzelner Phänomene der PTBS sowie entsprechendes Entgegenwirken würden jedoch selten thematisiert. Alltäglicher Stress sei nicht besonders seelisch belastend.

(3) Risikofaktoren in Bezug auf die Tätigkeit sieht der Experte zum einen in der völligen Überforderung bei fehlender Anleitung sowie der fehlenden Selbstwirksamkeit, also darin, den Einsatz als nicht sinnvoll zu erleben. Begründet sei dies in der Kombination aus der Fremde, der hierarchisch niedrigen Stellung und dem Status als Nichteuropäer. In vielen seelischen Erkrankungen auf ICD-10-Niveau erlebten Patienten keine Selbstwirksamkeit, da sie das Leben nicht selber gestalten und steuern könnten. Dem Experten zufolge tragen außerdem fehlende Ansprechpartner zur Nichterfüllung eigener Vorstellungen sowie Erwartungen Anderer bei.

(4) Nach Erfahrung des Experten führen in der Regel selbst extreme Überforderung oder existenziell bedrohliche Situationen während des Aufenthaltes nicht zu einem Abbruch des Auslandsdienstes. Aufgrund geringer Selbstkenntnis könne es sein, dass eine Interpretation von Symptomen wie Alpträumen und Schweißausbrüchen nach Traumata, Schussverletzungen, Überfällen oder Medikamenteneinnahme ausbleiben. Vielmehr werde vom Freiwilligen selbst persönliches Versagen angenommen und bei fehlender psychologischer Vorintervention komme es zu einem schambesetzten Überspielen der Symptome – eine individuelle Nichtverarbeitung könne somit verheimlicht werden.

Aus diesem Grund seien Unterstützerkreis und Eltern wichtig, wobei der Wunsch nach Ablösung diesen gegenüber stehe. Deshalb empfiehlt der Experte als Ansprechpartner andere Vertrauenspersonen im Rahmen der Entsendeorganisation. Nach seiner Meinung ist ein Auslandsdienst von Menschen mit diagnostizierter psychischer Erkrankung und gutem Selbstmanagement möglich. Auch schwere psychiatrische Krankheitsbilder mit entsprechender medikamentöser Einstellung seien kein Ausschlusskriterium. In Einzelfällen könne der Auslandsdienst hier sogar eine Entlastung darstellen. Beobachtet werden können habe

dies in der Vergangenheit bei einem Patienten mit ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung) und einer Patientin mit Essstörung.

(5.1) Bei vorausgegangener seelischer Belastung komme es im Rahmen der Rückkehr des Freiwilligen zu einer paradoxen Situation: Notwendig seien zu diesem Zeitpunkt Gesprächspartner, andererseits wolle der Freiwillige schwere Erfahrungen jedoch möglichst hinter sich lassen, da aus seiner Sicht der Auslandsdienst ein Erfolg sein sollte. Das Gefühl von Isolation würde im Austausch mit anderen Freiwilligen verschwinden. Dabei ist sich der Experte aber unsicher, ob das Outing einer schwerwiegenden seelischen Belastung in der Entsendeorganisation möglich sei, wenn dies vom Freiwilligen selbst als persönliches Versagen aufgefasst werde. Empfindet der Freiwillige das eigene psychische Erleben im Tief als nicht normal, sei eine Vorstellung z.B. bei einer psychologischen Beratungsstelle notwendig. Dies ermögliche eine Zuordnung erlebter Phänomene und die Unterscheidung zwischen Reifungsprozess und Reifungskrise sowie der Anbahnung einer psychischen Erkrankung.

(5.2) Der Freiwillige mache im Auslandsdienst auch in Bezug auf die soziale, kulturelle und politische Erweiterung seiner Perspektive sowie der Bildung extreme Erfahrungen. Nach Rückkehr könne es zu Isolation und Einsamkeit des Freiwilligen kommen. Als Auslöser hierfür sei u .a. das Ausbleiben einer sinnvollen Verknüpfung anzusehen. Dies könnten z.B. als in Bezug auf das Einsatzland unwissend empfundene Kommilitonen, die Politik oder das Fernsehen sein. Eine weitere Ursache sieht der Experte in der fehlenden Resonanz durch das Umfeld und der ausbleibenden Integration des Erlebten im Alltag.

Ebenso könne der Freiwillige mit Rückkehr in eine saturierte Gesellschaft einen Kulturschock erleben, der ihn vor existenzielle Fragen stelle. Eine fehlende emotionale und intellektuelle Vernetzung zwischen im Ausland Erlebtem und Leben in der Heimat ist dem Experten zufolge ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen. Unter anderem deshalb seien eine Aufhebung der ggf. bestehenden Isolation sowie Hilfe bei der Integration durch die Entsendeorganisation in der Nachsorge wünschenswert. Als Beispiele hierfür nennt der Experte die Begleitung von

Rückkehrern durch ehemalige Freiwillige im Tandem, die bedarfsorientierte Organisation von Treffen unter Mitbetroffenen und den Aufbau von Netzwerken. Dies alles trage zur seelischen Gesundheit des Freiwilligen bei.

(6) Dem Experten zufolge treten psychische Erkrankungen nicht erst nach einer Latenzzeit von mehreren Jahren nach dem Auslandsdienst auf. Die Manifestation z.B. einer sexuellen Traumatisierung oder anderer Gewalterfahrungen sei hingegen auch noch einige Jahre nach Rückkehr möglich. In diesen Fällen sei eine retrospektive Klärung erstursächlicher Faktoren bzw. Anfangstraumatisierungen in der Anamnese notwendig. Eine lange Latenzzeit werde durch das Fehlen ähnlicher bzw. triggernder Szenen in der Gegenwart begünstigt. Ebenso unterdrücke das Erleben von Sicherheit entsprechende Reizkonstellationen. Der Experte gibt zu bedenken, dass das Verhalten von betroffenen Menschen in höherem Alter nur in anderen Zusammenhängen bekannt sei. So führten z.B. kriegstraumatisierte Menschen ein unauffälliges Leben bis zur Altersphase, in der das Erleben von Hilflosigkeit zu einer Reaktivierung früherer Traumata führen könne. Aufgrund der vergleichsweise kurzen Tradition von Auslandsdiensten fehlt hier laut Experte bislang jedoch eine entsprechende Beobachtung.

Dokumentation

Schließlich entwickelte sich unter dieser Hauptkategorie die Kategorie *Ausblick: Dokumentation von Erkrankungen im Rahmen des Auslandsdienstes in Zukunft*.

Aus Sicht des Experten ist die Beachtung der Dokumentation von Häufigkeit und Art psychischer Erkrankungen im Auslandsdienst als verantwortliches Handeln der Entsendeorganisationen notwendig. Ein systematisch methodisches Problem bestehe dabei jedoch in der Diagnoseberechtigung. So seien z.B. die in der Regel in Entsendeorganisationen arbeitenden Sozialpädagogen im Gegensatz zu Psychotherapeuten nicht diagnoseberechtigt.

3.3.2 Vergleichende Betrachtungsweise

Die in den vorangehenden Kapiteln gebildeten gleichen bzw. ähnlichen Kategorien und Unterkategorien ermöglichen einen mehrheitlichen Vergleich der Interviews. Die Grundlage hierfür bilden die vier Interviewversionen mit u. a. identischen Fragestellungen (vgl. Kapitel 2.2.2).

Inhalte Vor-, Zwischen- und Rückkehrerseminare

Der Experte aus dem Bereich Entsendeorganisation stellt die Inhalte der Seminare bzgl. physischer und psychischer Gesundheit vor – insbesondere Bezug auf die Inhalte bzgl. psychischer Belastungen nimmt der Psychologie-Experte. Beide Befragten sprechen sich für die Thematisierung von Krisen und Krisenmanagement sowie kulturellen Umständen und möglichen Kulturschocks in der Vorbereitung aus. Darüber hinaus empfiehlt der Experte aus dem Bereich Psychologie die Besprechung der Themen Gewalt, Kränkung und Angst. Die Entsendeorganisation sieht bzgl. der physischen Gesundheit die Themen Tropenmedizin und HIV/AIDS für die Vorbereitungsseminare vor. Aus psychologischer Expertensicht sollten die Freiwilligen dabei auch auf mögliche psychische Nebenwirkungen von z.B. Malariaphylaxe aufmerksam gemacht werden. Darüber hinaus sei das Schaffen eines Vertrauensraumes wichtig, in dem die problematischen Themen besprochen werden können und aus dem heraus auf externe Beratungsstellen verwiesen werden kann. An diesem Punkt knüpft auch die Entsendeorganisation an, indem die Freiwilligen im Rückkehrerseminar eine Handmappe mit Unterstützungsmöglichkeiten wie z.B. Beratungsstellen und Empfehlungen für eine gesundheitliche Nachuntersuchung erhalten.

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Die Entsendeorganisation empfiehlt eine reisemedizinische Gesundheitsberatung in Form einer tropenmedizinischen Beratung wie sie z.B. im Tropeninstitut Würzburg angeboten wird. Für das Aushändigen einer Liste geeigneter Organisationen und Institute spricht sich der tropenmedizinische Experte aus, da er es für wichtig hält, die Freiwilligen bei der Entscheidung für den Ort der reisemedizinischen Gesundheitsberatung zu unterstützen. In dieser Entscheidungsfindung liegt laut dem der interviewten Freiwilligen keine größere Verantwortung bei der

Entsendeorganisationen, da die Freiwilligen im Vorbereitungsseminar zur eigenständigen Entscheidung, z.B. den Ort der Gesundheitsberatung betreffend angehalten würden.

Krankheit/Unfall während Auslandsdienst

Seitens der Entsendeorganisation besteht die Hoffnung, dass bei Krankheit oder Unfall eine Meldung durch den Freiwilligen stattfindet. Dieser ist generell zur Selbstständigkeit vor Ort angehalten – bei Krisen, Notfällen oder Unfällen sind jedoch Hotlines und Notfallnummern jederzeit erreichbar, um kurzfristig Hilfestellung leisten zu können. Laut dem Experten aus dem Bereich Freiwillige besteht bei den ihm bekannten Entsendeorganisationen im Fall von Krankheit oder Unfall während des Auslandsdienstes eine Meldepflicht für den Freiwilligen. Die Entsendeorganisation solle so z.B. über die Erkrankung und Behandlung vor Ort informiert werden.

Psychische Belastungen

Als psychische Belastungen während des Auslandsdienstes bezeichnet der befragte Freiwillige die Konfrontation mit der Verantwortlichkeit für das eigene Leben nach dem Schulabschluss sowie das als Privileg empfundene Aufwachsen in Deutschland. Zudem habe die zu Beginn des Auslandsaufenthaltes überwiegende Euphorie im Verlauf nachgelassen, da der Freiwillige ein anderes Bewusstsein für sich selbst, seine Arbeit und die fehlende Zugehörigkeit zum Reiseland entwickelt habe.

Auch der Experte aus dem Bereich Psychologie sieht in der Auseinandersetzung mit der eigenen Person und der fremden Kultur psychische Stressfaktoren für den Freiwilligen. Besondere seelisch belastende Erlebnisse wie sexuelle Übergriffigkeit, Traumata oder Unfälle grenzt er allerdings hiervon ab. Die Experten sind sich einig, dass das Zusammensein und der Austausch mit anderen Freiwilligen die größte Hilfe bei psychischen Belastungen darstellt.

Ausblick: Dokumentation von Erkrankungen im Rahmen des freiwilligen Auslandsdienstes

Die vier Experten halten eine Dokumentation von Erkrankungen im Rahmen des Auslandsdienstes für notwendig. Für die Empfehlung einer ausführlichen Untersuchung des Gesundheitszustandes des Freiwilligen vor und nach dem Auslandsaufenthalt spricht sich der Experte aus dem Bereich Entsendeorganisation aus. Ebenso solle der Freiwillige bei Krankheit oder Unfall zu einer entsprechenden Meldung bei der Entsendeorganisation angehalten werden.

Die Erhebung wissenschaftlicher Daten sollte nach Meinung des tropenmedizinischen Experten anhand eines strukturierten Fragebogens mit möglichst prospektiver und begleitender, sich regelmäßig wiederholender Durchführung stattfinden. Dem befragten Freiwilligen zufolge sollte das Augenmerk im Rahmen der Dokumentation verstärkt auf die Art der Erkrankung, insbesondere in Bezug auf seelische Belastungen gerichtet sein. Außerdem wird die Meldung einer nennenswerten Erkrankung durch die Freiwilligen und die gleichzeitige Listung dieser durch die Entsendeorganisation befürwortet. Darüber hinaus sollten die Meldungen zentral gebündelt und den verschiedenen Entsendeorganisationen zur Verfügung gestellt werden. Der psychologische Experte sieht bezüglich der wissenschaftlichen Dokumentation von Häufigkeit und Art psychischer Erkrankungen im Auslandsdienst ein systematisches methodisches Problem, da die in der Regel in den Entsendeorganisationen arbeitenden Sozialpädagogen im Gegensatz zu Psychotherapeuten nicht diagnoseberechtigt seien.

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Im untersuchten Kollektiv der vorliegenden Arbeit erkrankten 67,9 % der Freiwilligen während sowie 14,3 % nach dem Auslandsaufenthalt (Fragebogen 1, n = 28) bzw. je fünf Freiwillige während und nach dem Auslandsaufenthalt (Fragebogen 2, n = 6). Dabei stellten Durchfallerkrankungen mit 42,1% (Fragebogen 1) bzw. 4/6 (Fragebogen 2) das häufigste Gesundheitsproblem dar, an Malaria erkrankten insgesamt fünf Freiwillige der vorliegenden Untersuchung. (vgl. Kapitel 3.1.3, 3.1.4, 3.2.3, 3.2.4)

Das physische und psychische Gefährdungspotenzial eines Freiwilligen wird nach Expertenmeinung u.a. von Infektionskrankheiten, medizinischen Versorgungsmöglichkeiten, erhöhter Risikobereitschaft, Unfällen, Gewalt, Traumata, kulturellen Umständen, Überforderung, fehlender Selbstwirksamkeit sowie der Umstände bei Rückkehr bestimmt. Umfassende Seminare mit tropen- und arbeitsmedizinischer Aufklärung, Sicherheitstraining, realitätsgetreuer Darstellung der Belastungen sowie Testung der psychologischen Eignung sind deshalb dringend zu empfehlen – Vorbereitungsseminare und tropenmedizinische Beratungen haben nach Expertenmeinung dagegen nur begrenztes Aufklärungspotenzial. (vgl. Kapitel 3.3.1.2, 3.3.1.4)

Für die Gesundheitsberatung vor Ausreise mit Impfberatung zu Standard- und Indikationsimpfungen sowie Aufklärung über das Malariarisiko wird das Aufsuchen eines Tropenmediziners von Expertenseite dringend empfohlen, auf die in der vorliegenden Arbeit befragten Freiwilligen traf dies nur zur Hälfte zu. (vgl. Kapitel 3.3.1.1, 3.3.1.2, 3.3.1.3, 3.3.1.4)

Über das bereits übliche Aushändigen einer Handmappe mit Unterstützungsmöglichkeiten im Rückkehrerseminar hinaus, sollten Freiwillige eine intensivere physische und psychische Nachsorge erfahren, um auch zunächst scheinbar harmlose Erkrankungen oder Infektionskrankheiten mit langer Inkubationszeit diagnostizieren zu können. (vgl. Kapitel 3.3.1.2, 3.3.1.4)

Neben der Durchführung einer einheitlich und umfassenden medizinischen Vor- und Nachsorgeuntersuchung, ist für die Erhebung valider wissenschaftlicher Daten ein strukturierter Fragebogen erforderlich, der sowohl prospektiv als auch begleitend und abschließend, auf jeden Fall aber verpflichtend zu beantworten ist. Darüber hinaus sollte von Seiten der Entsender verstärkt auf Häufigkeit und Art der Erkrankung, insbesondere in Bezug auf seelische Belastungen bzw. psychische Erkrankungen geachtet werden. Eine zentrale Bündelung der erhobenen Daten sollte gezielt genutzt werden, um zu gefährliche Einsatzregionen für Freiwillige nicht zugänglich zu machen. (vgl. Kapitel 3.3.1.2, 3.3.1.3)

4.2 Diskussion der Ergebnisse

In der Auseinandersetzung mit der aktuellen Literatur zeigt sich, dass es mit Ausnahme der von Martin et al. im Jahr 2012 veröffentlichten Studie kaum Erhebungen mit einem zur vorliegenden Untersuchung vergleichbaren Kollektiv gibt. Dies rechtfertigt auch die gemachten Erhebungen gegenüber dem Datenschutz (vgl. Kapitel 2.3). Entsprechend werden nachfolgend insbesondere die genannte Publikation bzw. die zwei aus ihr hervorgegangenen Dissertationen von Martin und Neppach als zu vergleichende Parameter herangezogen, jedoch auch einzelne Ergebnisse von Studien vergleichend betrachtet, deren Rahmenbedingungen nur in Teilbereichen mit dem Kollektiv dieser Arbeit übereinstimmen.

Um hierbei im Hinblick auf die geringen Fallzahlen der vorliegenden Arbeit eine zumindest annähernde Vergleichbarkeit auch mit den Ergebnissen aus Fragebogen 2 schaffen zu können, werden diese entgegen der rein absoluten Darstellung in Kapitel 3.2 nachfolgend zusätzlich prozentual genannt. Zitierte Prozentzahlen werden, auch wenn sie von der grundlegenden Schreibweise dieser Arbeit abweichen, wie in den jeweils verwendeten Quellen wiedergegeben.

4.2.1 Gesundheit während des Auslandsaufenthaltes

4.2.1.1 Krankheitszeichen und Erkrankungen während des Auslandsaufenthaltes

Während des Auslandsaufenthaltes erkrankten nach Angaben in Fragebogen 1 insgesamt 67,9 % der Freiwilligen der vorliegenden Untersuchung. Dabei litten

sie am häufigsten unter Durchfallerkrankungen/Magen-Darm-Infekten (vgl. Kapitel 3.1.3). Nach den Angaben in Fragebogen 2 traten bei 83,3 % (absolut: fünf) der Freiwilligen während des Auslandseinsatzes Krankheitszeichen auf – dabei wurden unklares Fieber, anhaltende Durchfälle und Magenschmerzen/Verdauungsbeschwerden am häufigsten genannt (vgl. Kapitel 3.2.3).

Die Angaben der Freiwilligen von Martin zu Gesundheitsstörungen während der Projektzeit zeigen, dass diese ebenfalls sehr häufig an Durchfall ohne Fieber oder Blutbeimengungen (85,4 %) litten (vgl. 2012: 129 f.). In der Studie von Hartjes et al. über amerikanische Studenten, die ein Auslandssemester absolviert haben, berichteten 25 % der Befragten von reisebezogenen Gesundheitsproblemen – auch sie litten vor allem an gastrointestinalen Beschwerden (vgl. 2009: 340).

In einer 1995 veröffentlichten Studie über Journalisten und humanitäre Helfer in Somalia erkrankte das Kollektiv mit 64 % ebenfalls am häufigsten an Durchfallerkrankungen (vgl. Sharp et al. 1995: 73). Ebenso wurden bei einer 2009 veröffentlichten Schweizer Studie von Dahlgren et al. über humanitäre Helfer des Roten Kreuzes in Afrika, Asien, Amerika und Europa Durchfallerkrankungen mit durchschnittlich 44,0 % als häufigstes medizinisches Problem angegeben (vgl. 2009: 385).

Im Rahmen einer Studie von Rack et al. in Zusammenarbeit mit dem Berliner Tropeninstitut traten während des Auslandsaufenthaltes ebenfalls gastrointestinale (34,6 %) Symptome am häufigsten auf (vgl. 2005: 250). In einer Untersuchung über amerikanische Reisende in Entwicklungsländern mit einer Auslandsaufenthaltsdauer von mindestens 90 Tagen berichteten 64 % der Befragten darüber erkrankt gewesen zu sein, am häufigsten traten dabei Durchfallerkrankungen auf (46 %) (vgl. Hill 2006: 259). Und auch in der Studie von Bhatta et al. über Voluntary Service Overseas (VSO)-Freiwillige aus Großbritannien in Entwicklungsländern litten diese am häufigsten unter Durchfallerkrankungen (79,9 %) (vgl. 2009: 333).

Andere Studien nennen ebenfalls Durchfallerkrankungen als das häufigste gesundheitliche Problem Reisender in Entwicklungsländern (vgl. DuPont et al. 2009; DuPont und Khan 1994; Fedor et al. 2019). Insgesamt erkranken etwa 50

bis 60 % der Personen, die aus industrialisierten Ländern in Entwicklungsländer reisen an einer Durchfallerkrankung (vgl. DuPont und Khan 1994; Steffen 2005). Dabei sehen die Autoren Zusammenhänge zwischen dem Erkrankungsrisiko und der besuchten Region im Hochrisikogebiet (ländlich gegenüber kosmopolitisch), der Art der Reise (Geschäftsreise gegenüber Abenteuerurlaub), dem Alter und der Gesundheit des Reisenden sowie der Reisedauer (vgl. DuPont und Khan 1994: 85 f.).

4.2.1.2 Malaria und Denguefieber

Malariarisiko und Chemoprophylaxe

In der vorliegenden Arbeit wurden die Freiwilligen nicht nach dem im Reisegebiet vorherrschenden Malariarisiko befragt. Von einem tatsächlich hohen Malariarisiko ist dabei jedoch auszugehen, da alleine knapp 60,0 % des Kollektivs Tansania bereisten (vgl. Kapitel 3.1.2).

Eine im Jahr 2003 veröffentlichte Studie zeigt, dass die subjektive Einschätzung Freiwilliger in Bezug auf das Malariarisiko nicht immer mit der Realität übereinstimmen muss (vgl. Steffen 2003; zitiert nach Martin 2012: 70). Ähnlich einzuordnen ist diesbezüglich auch die Untersuchung von Martin, hierbei konnte die subjektive Risikoeinschätzung der Freiwilligen (z.B. Malariarisiko in Afrika 86,4 %, Denguerisiko in Asien 60,0 %) jedoch nicht überprüft werden (vgl. 2012: 32, 71). 87,5 % der vorwiegend in Afrika und Asien tätigen Freiwilligen in der Studie von Bhatta et al. waren nach eigenen Angaben in Gebieten mit Malaria und anderen von Moskitos übertragenen Krankheiten stationiert (vgl. 2009: 334).

Für eine fundierte Beratung Freiwilliger über das tatsächliche Malariarisiko eines Gebietes empfiehlt auch der tropenmedizinische Experte der vorliegenden Arbeit den Rahmen einer tropenmedizinischen Aufklärung (vgl. Kapitel 3.3.1.2). Die Reisenden sollten dabei nach Meinung der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Globale Gesundheit e. V. (DTG) besonders darauf aufmerksam gemacht werden, dass in Gebieten mit hohem Malariarisiko eine Chemoprophylaxe mindestens zu Beginn des Einsatzes und während der Hauptübertragungszeiten sowie bei Reisen mit eingeschränktem Moskitoschutz zu empfehlen ist (vgl. 2018b). Neben einer guten Expositionsprophylaxe stelle die Verfügbarkeit

von Medikamenten zur notfallmäßigen Selbstbehandlung das absolute Minimum einer Malariavorsorge dar. (vgl. Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Globale Gesundheit e. V. 2018b)

Eine Verunsicherung bzgl. der Chemoprophylaxe zeigte sich u.a. bei den Freiwilligen der Studie von Martin – hier kam es u.a. trotz meist angegebener ärztlicher Beratung zu widersprüchlichen Empfehlungen hinsichtlich des Risikos der Reiseländer und der Einnahmearart (vgl. 2012: 71 f.). Dies hatte mitunter zur Folge, dass eine deutlich geringere Freiwilligenzahl als empfohlen die verordnete Chemoprophylaxe einnahm und davon wiederum ein Teil die Einnahme zu früh abbrach (vgl. Martin 2012: 72). Auch eine im Rahmen der vorliegenden Arbeit befragte Freiwillige gab an, die Einnahme des als Chemoprophylaxe verordneten Lariam® nach zwei Monaten im Ausland aufgrund anhaltender Magen- und Verdauungsbeschwerden sowie Kopfschmerzen und Schwindel abgebrochen zu haben (vgl. Kapitel 3.2.3).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam die Studie von Hartjes et al. So berichteten hier 25 % der Studenten, die vorher angegeben hatten, in Malariarisikogebiete zu reisen, die Reisemedikamente nicht eingenommen zu haben (vgl. Hartjes et al. 2009: 340). In einer 1998 veröffentlichten Untersuchung wurde Reisenden hingegen zu häufig die Einnahme einer Chemoprophylaxe angeraten (vgl. Townsend 1998: 73). Beunruhigend erscheint in diesem Zusammenhang aber auch das Ergebnis einer Studie über Reisende in Simbabwe – hier kannten nur 78 % den korrekten Übertragungsweg von Malaria, insbesondere jüngere Reisende waren über Chemoprophylaxe signifikant schlechter informiert als ältere Reisende und nicht mehr als 63 % gaben an, die verschriebenen Medikamente vollständig eingenommen zu haben (vgl. Laver et al. 2001: 299 f.). Mangelhaftes Wissen spiegelt sich auch in der Studie von Hartjes et al. wider, in der 11 % der amerikanischen Studenten angaben, vor Reiseantritt eine Impfung gegen Malaria erhalten zu haben (vgl. 2009: 340).

Ähnliche Wissensdefizite offenbart eine Untersuchung über spanische Reisende in Hochrisikogebieten der Tropen aus dem Jahr 2007. Hier gaben 82,8 % der Befragten an, Malaria sei eine von Moskitos übertragene Erkrankung, 27,2 %

hatten dabei jedoch falsche Vorstellungen in Bezug auf den Übertragungsweg der Erkrankung (vgl. Lopez-Velez und Bayas 2007: 301). Obwohl insgesamt 87,8 % der Befragten Malaria als ernste Erkrankung einordneten, waren sich nur 40,2 % möglicher schwerwiegender Folgen bewusst, lediglich 34,8 % nahmen eine Chemoprophylaxe mit auf Reisen (vgl. Lopez-Velez und Bayas 2007: 301 f.). Die Kenntnis spezifischer Präventionsmaßnahmen konnte dabei im Gegensatz zum beschriebenen Wissensdefizit sowohl mit dem generellen Erhalt von Informationen als auch mit der Informationsquelle selbst in Verbindung gebracht werden (vgl. Lopez-Velez und Bayas 2007: 301, 304). Darüber hinaus zeigten auch weitere Studien, dass mit der Qualität einer tropenmedizinischen Beratung vor Reiseantritt sowie einem erhöhten Risikobewusstsein auch die Compliance der Reisenden bezüglich der Chemoprophylaxe steigt (vgl. Dahlgren et al. 2009: 383; Laver et al. 2001: 300; Ropers et al. 2008: 169 f.).

Auch in weiteren Studien führten u. a. Angst vor Nebenwirkungen der Chemoprophylaxe, deren langfristige Einnahme, die als komplex oder nutzlos empfundene Therapie, fehlende Informationen oder die Bevorzugung anderer prophylaktischer Maßnahmen zu einer Nichteinnahme der empfohlenen Chemoprophylaxe (vgl. Bhatta et al. 2009: 334; Chatterjee 1999: 8 f.; Dahlgren et al. 2009: 383). Angesichts dessen verliert die Forderung von Steffen und Lobel aus dem Jahr 1994, Reisende müssten über das Malariarisiko ihres Zielortes sowie den Übertragungsweg von Malaria informiert sein und Moskitostiche vermeiden, nicht an Aktualität (vgl. 1994: 62). 80 % der von Hill Befragten hielten sich bei der Einnahme von Malariamitteln vollständig an die Vorgaben – Personen mit mangelnder Compliance setzten die Medikation gewöhnlich bei Rückkehr ab (vgl. 2006: 259).

In einer Untersuchung über vorübergehend in Ghana tätige Fachkräfte korrelierte die Aufenthaltsdauer der Befragten negativ mit der Einnahme der Malariaprophylaxe (vgl. Hamer et al. 2008: 239). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Dahlgren et al. in einer Untersuchung über Mitarbeiter des Roten Kreuzes in Subsahara-Afrika: Letztlich nahm nur etwa ein Drittel (35,5 %) der durchschnittlich elf Monate im Ausland verweilenden Befragten die vor Reiseantritt empfohlene Chemoprophylaxe wie verordnet ein (vgl. 2009: 383).

Expositionsprophylaxe

Die in Fragebogen 2 befragten Freiwilligen der vorliegenden Arbeit wurden bezüglich der Expositionsprophylaxe zu 4/6 in einem Tropeninstitut beraten. Aufgrund der fundierten Aufklärung kann für diese Freiwillige von der Anwendung präventiver Schutzmaßnahmen ausgegangen werden – eine weiterführende Frage in Bezug auf die tatsächlich durchgeführte Expositionsprophylaxe erfolgte jedoch nicht. (vgl. Kapitel 3.2.2)

Im Vergleich zur Einnahme einer Chemoprophylaxe fällt in einigen Studien die Auswertung der Angaben zur Anwendung einer Expositionsprophylaxe deutlich positiver aus. So berichteten 89,4 % der von Dahlgren et al. Befragten nach ihrer Rückkehr aus Afrika, sich vor Ort präventiv mit Moskitonetzen, Repellents oder Insektiziden vor Malaria geschützt zu haben (vgl. 2009: 383). Eine an europäischen Flughäfen durchgeführte Befragung von Reisenden vor deren Abflug in Entwicklungsländer ergab, dass 78,2 % der Befragten präventiv Mückenschutzmittel verwenden, 71,6 % lange Kleidung tragen, 67,2 % Fenster bzw. Zelte und Türen geschlossen halten, 58,2 % nachts Insektizide und 30,2 % Repellents für Schlaf- und Wohnraum anwenden wollen sowie etwa die Hälfte beabsichtigen, unter einem Moskitonetz zu schlafen (vgl. Van Herck et al. 2004: 7). Im Kollektiv von Sharp et al. in Somalia gaben 22 % an, regelmäßig Moskitonetze verwendet zu haben (vgl. 1995: 73). Laut Martin nutzten 93,0 % aller Freiwilligen sowie 100 % der Freiwilligen in Afrika und Asien ein Moskitonetz, 80,3 % des gesamten Kollektivs verwendeten Repellents für unbedeckte Hautstellen und 57,7 % trugen körperbedeckende, helle Kleidung (vgl. 2012: 128). Und auch die Ergebnisse einer Studie aus dem Jahr 2007 deuten laut den Autoren darauf hin, dass Reisende zwar über allgemeine Schutzmaßnahmen gegen Moskitostiche informiert sind, nicht aber über die klinische Manifestation von Malaria (vgl. Lopez-Velez und Bayas 2007: 304). Laut den Autoren wird also Malariaphylaxe teilweise ohne weitere Aufklärung verordnet, außerdem würden Reisende die ihnen üblicherweise ausgehändigten schriftlichen Informationen nicht oder nicht vollständig lesen (vgl. Lopez-Velez und Bayas 2007: 304). Dabei gibt auch die DTG das Vermeiden von Insektenstichen, also die Expositionsprophylaxe sowie die Einnahme

einer medikamentösen Prophylaxe als wesentliche Schutzmaßnahme vor Malaria an (vgl. Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. 2018b)

Die Ergebnisse einer Pilotstudie in Malariaendemiegebieten deuten darauf hin, dass Reisende dazu neigen, weniger als die optimale Wirkstoffkonzentration von Repellents aufzutragen. Neben der angewandten Dosis beeinflussten aber auch andere Faktoren wie Schweiß oder Abrieb die Langlebigkeit und Wirksamkeit des Repellents. (vgl. Thrower und Goodyer 2006: 198, 200)

Malariaerkrankung

Von dem im Rahmen der vorliegenden Arbeit befragten Freiwilligen erkrankten nach Angaben in Fragebogen 1 von den insgesamt 19 Erkrankten vier (21,1 %) während ihres Auslandseinsatzes an Malaria (vgl. Kapitel 3.1.3), davon nahm jedoch nur eine Betroffene an Fragebogen 2 teil. Diese Freiwillige hatte nach zwei Monaten die Chemoprophylaxe mit Lariam® abgesetzt, eine weitere Freiwillige gab erst in Fragebogen 2 an, laut Arztdiagnose im Ausland an Malaria erkrankt zu sein (vgl. Kapitel 3.2.3). Die insgesamt fünf an Malaria erkrankten Freiwilligen leisteten ihren Auslandsdienst in Tansania.

Neun der in Afrika sowie zwei der in Mittel- und Südamerika stationierten Freiwilligen (7,5 %) erkrankten in der Studie von Martin an Malaria (vgl. 2012: 41, 132), 11,6 % der Freiwilligen, die in der Untersuchung von Bhatta et al. angegeben hatten, in einem Gebiet mit erhöhtem Risiko für von Moskitos übertragenen Krankheiten zu leben (vgl. 2009: 334). Im Kollektiv von Sharp et al. waren es insgesamt sieben bestätigte Malariafälle (3,5 %) (vgl. 1995: 72 ff.), in einer weiteren Untersuchung erkrankten monatlich je 0,2 % der Reisenden im tropischen Afrika sowie 3 % der Reisenden in Westafrika an Malaria (vgl. Steffen et al. 2008: 146). Bei Hill lag die Inzidenzrate für Malaria bei 3,8 Fällen auf 1.000 Reisende (vgl. 2006: 259).

Der in der vorliegenden Arbeit befragte tropenmedizinische Experte gibt zu bedenken, dass aufgrund der unterschiedlichen Häufigkeit Malaria in tropischen und subtropischen Ländern insbesondere bei Langzeitaufenthalten durch mögli-

che Reisen in Nachbarländer, die Exposition sowie die damit verbundene variierende Infektionsgefahr sehr differenziert betrachtet werden sollte (vgl. Kapitel 3.3.1.2). Die variierenden Erkrankungsraten werden mit der Einflussnahme verschiedener Faktoren begründet, dazu zählen die bereiste Region, Zeitpunkt, Art und Dauer der Reise sowie der Reisende selbst (vgl. CDC-Centers for Disease Control and Prevention 2017; Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. 2018b).

Denguefieber

Im untersuchten Kollektiv dieser Arbeit gab es keine Person, die an Denguefieber erkrankte. Bei Martin litten insgesamt fünf Freiwillige (3,27 %) an Denguefieber (vgl. 2012: 77). Laut einer 2008 veröffentlichten Untersuchung erkrankten monatlich 1 % der Reisenden in Entwicklungsländern an Denguefieber mit symptomatischem Verlauf (vgl. Steffen et al. 2008: 146).

Auch der in der in der vorliegenden Arbeit befragte Experte aus dem Bereich Freiwillige erkrankte während seines Auslandsaufenthaltes in Bolivien an Denguefieber (vgl. Kapitel 3.3.1.3). Das Auswärtige Amt empfiehlt aktuell bei Reisen in Boliviens gefährdetes Tiefland besonders vorsichtig zu sein und auf körperbedeckende Kleidung sowie Mückenschutzmittel zu achten (vgl. 2018). Generell gilt den CDC zufolge für Reisende in Denguefieber-Endemiegebieten die Vermeidung von Stichen als wichtigste präventive Maßnahme, da weder eine Impfung noch spezifische Medikamente verfügbar sind (vgl. 2014). Zudem erhöhen aufeinanderfolgende Infektionen das Risiko für das hämorrhagische Denguefieber (DHF) und das Dengue-Schock-Syndrom (DSS), darüber hinaus kann das Virus durch infizierte Moskitos auf andere Menschen übertragen werden. (vgl. CDC-Centers for Disease Control and Prevention 2014)

4.2.1.3 Psychische Gesundheit während des Auslandsaufenthaltes

Das Kollektiv dieser Arbeit litt während des Auslandseinsatzes nach eigenen Angaben weder unter psychischen Krankheitszeichen noch wurden seelische Erkrankungen diagnostiziert (vgl. Kapitel 3.2.3).

Der im Rahmen der vorliegenden Arbeit befragte psychologische Experte fordert eine Differenzierung zwischen seelischen Erkrankungen und normalen Entwicklungsprozessen als psychische Belastung – so kann die eigene, nicht gefestigte Persönlichkeit als genereller psychischer Stressfaktor angesehen werden. Seelisch besonders belastende Erfahrungen sind dem Experten zufolge z.B. sexuelle Übergriffigkeit, Nebenwirkungen von Malariaprophylaxe und Traumata. Dabei seien insbesondere bei ausbleibender psychologischer Erstversorgung auch posttraumatische Belastungsstörungen möglich. In Bezug auf die ausgeübte Tätigkeit der Freiwilligen während des Auslandseinsatzes sieht der Experte Risiken durch Überforderung, ausbleibender Selbstwirksamkeit sowie fehlender Ansprechpartner. Dabei komme es aufgrund ungenügender psychologischer Vorintervention trotz Anzeichen psychischer Überlastung in der Regel nicht zum Abbruch des Einsatzes. Ein Auslandsdienst von Menschen mit diagnostizierter psychischer Erkrankung sei bei gutem Selbstmanagement ebenso denkbar wie von Menschen mit schweren psychiatrischen Krankheitsbildern bei entsprechender medikamentöser Einstellung. Dabei könne der Auslandseinsatz in Einzelfällen sogar eine Entlastung für die Betroffenen darstellen. (vgl. Kapitel 3.3.1.4)

Der Freiwilligen-Experte empfand die psychischen Belastungen während des eigenen Auslandseinsatzes auch als Bereicherung. So könne aus der Konfrontation mit u. a. Motivations- bzw. Stimmungsschwankungen oder schwierigen Erfahrungen gerade bei jungen Freiwilligen eine größere Selbstständigkeit und ein Wachsen der Persönlichkeit resultieren. Neben der guten Vorbereitung auf seelische Belastungen im Vorseminar und einer wiederholten Thematisierung im Zwischenseminar stellte der Austausch mit anderen Freiwilligen für den Experten die größte Hilfe dar. (vgl. Kapitel 3.3.1.3)

Bei den Fragen zu allgemeinen gesundheitlichen Beschwerden während des Auslandsaufenthaltes bejahten in der Untersuchung von Neppach insgesamt

etwa 8,0 % der Freiwilligen die Frage nach psychischen Erkrankungen (vgl. 2014: 235). Über die Hälfte der Befragten gab darüber hinaus gesteigerte psychosomatische Symptome für die Zeit des Einsatzes an (vgl. Neppach 2014: 244). Bei Hartjes et al. machten psychische Belastungen 10 % der gesamten reiseassoziierten Gesundheitsprobleme aus, die amerikanischen Studenten litten insbesondere unter Einsamkeit, Depression oder Angst (vgl. 2009: 340).

Eine weitere Studie untersuchte die Zusammenhänge zwischen akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen, die an Überfällen oder Autounfällen beteiligt waren. Dabei kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz für akute Belastungsstörungen und PTBS unabhängig von der Art des vorausgegangenen Traumas ist. Sensitivitäts- und Spezifitätsstatistiken sowie Regressionsmodelle zeigten darüber hinaus, dass die Diagnose einer akuten Belastungsstörung ein Prädiktor für eine spätere PTBS war, dies jedoch keine signifikante Rolle spielte. (vgl. Meiser-Stedman et al. 2005)

Für 42,6 % der Expatriates vom International Committee of the Red Cross (ICRC) in der Studie von Dahlgren et al. war der Auslandseinsatz mit mehr Stress verbunden als erwartet. In der Bewältigung dessen empfanden die Befragten ähnlich wie der in dieser Arbeit befragte Freiwilligen-Experte die soziale Unterstützung in Form von Gesprächen als entscheidend hilfreich (vgl. 2009: 384). So hatten diejenigen, die sich austauschen konnten, eine um 28 % geringere Wahrscheinlichkeit, stressbedingt Erschöpfung zu erleiden (vgl. Dahlgren et al. 2009: 384). Bei 10 % der Befragten kam es zu vorzeitigen Projektabbrüchen, davon 13,6 % aufgrund gesundheitlicher Probleme, 28,8 % aus persönlichen Gründen (vgl. Dahlgren et al. 2009: 383).

4.2.1.4 Medikamenteneinnahme

Während des Auslandsaufenthaltes nahmen fünf (83,3 %) der in der vorliegenden Arbeit befragten Freiwilligen Medikamente ein (vgl. Kapitel 3.2.3), dabei war Paracetamol mit drei Nennungen (60,0 %) das am häufigsten eingenommene Präparat. Martin unterschied bei der Medikamenteneinnahme nach der Herkunft der Arzneimittel. So nahmen rund 92,7 % der Freiwilligen Medikamente aus ei-

genem Bestand – ausgenommen dabei die Antibabypille und die Malariaprophylaxe, 46,7 % von Zimmernachbarn o.Ä. und 75,4 % kauften diese Medikamente vor Ort. (vgl. Martin 2012: 134).

4.2.1.5 Unfälle und Verletzungen

Unfälle

Bei keinem der Freiwilligen dieser Untersuchung kam es während des Auslandsaufenthaltes zu Unfällen (vgl. Kapitel 3.2.3). Martin unterschied Haushalts-/Arbeits- oder ähnliche Unfälle (24,7 %), Verkehrsunfall oder vergleichbarer Unfall (11,3 %) sowie Unfall durch Tierkontakt (10,8 %) – die Gesamtunfallquote lag demnach bei 46,8 % (vgl. 2012: 129 f.) und damit auch im Vergleich zu weiteren Studien deutlich erhöht.

Dem in der vorliegenden Arbeit befragten tropenmedizinischen Experten zufolge sind Unfälle, insbesondere Verkehrsunfälle oder Unfälle in der Freizeit im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes statistisch das größte letale Risiko. Als hierfür ursächlich hält er insbesondere das Schwimmen in unbekanntem Gewässern, unsichere Verkehrsmittel sowie eine möglicherweise im Ausland zunehmende Risikobereitschaft. (vgl. Kapitel 3.3.1.2)

Die Vermutung des tropenmedizinischen Experten bzgl. einer gesteigerten Risikobereitschaft bei Reisenden teilt auch der Freiwilligen-Experte (vgl. Kapitel 3.3.1.3), zusätzlich gestützt wird diese Annahme von Studien. So schätzten u.a. 77,4 % der Freiwilligen bei Neppach ihr Fahrverhalten während des Auslandsaufenthaltes im Vergleich zur Heimat als riskanter ein (vgl. 2014: 49 f.). Von einem gefährlicheren Verkehrsverhalten bei Reisenden im Ausland gehen auch andere Autoren aus (vgl. Petridou et al. 1999; Tonellato et al. 2009).

Im Kollektiv von Bhatta et al. kam es insgesamt bei 17,5 % der Freiwilligen zu Unfällen, Verkehrsunfälle machten dabei mit 83 % den Großteil der dokumentierten Unfälle aus (vgl. 2009: 334). Etwas niedriger lag die Unfallquote bei Dahlgren et al.: insgesamt 10,3 % ICRC-Expatriates wurden verletzt oder waren in Unfälle verwickelt, dabei machten Verkehrsunfälle 3,6 % und Sportunfälle 2,7 % aus (vgl. 2009: 283, 285). Bei Patel et al. waren Freizeitaktivitäten für die Mehrheit

der Unfälle verantwortlich: 51 % der Verletzungen als direkte Folge einer sportlichen Aktivität, 38 % aufgrund eines Sturzes und 12 % infolge eines Verkehrsunfalls (vgl. 2006: 348).

Laut „Global status report on road safety 2015“, veröffentlicht von der World Health Organization (WHO), werden weltweit pro Jahr bei Verkehrsunfällen bis zu 50 Mio. Menschen verletzt, 1,25 Mio. Menschen sterben. Trotz Zunahme der Weltbevölkerung und steigender Motorisierung sind diese Zahlen seit 2007 stabil, Interventionen zur Verbesserung der globalen Verkehrssicherheit in den vergangenen Jahren haben offensichtlich Leben gerettet. Länder mit niedrigem Einkommen haben eine doppelt so hohe Sterblichkeitsrate im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen wie Länder mit hohem Einkommen. Die afrikanische Region weist hier weiterhin die höchste, Europa dagegen die niedrigste Todesrate im Straßenverkehr auf. Darüber hinaus gibt es eine unverhältnismäßig hohe Zahl von Todesfällen in Bezug auf das Motorisierungsniveau: 90 % der Todesfälle entfallen auf Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen, dabei besitzen diese nur 54 % der Fahrzeuge weltweit. (vgl. World Health Organization 2018b)

Verletzungen

Zu Verletzungen kam es bei 16,7 % (absolut: eins) der Freiwilligen der vorliegenden Arbeit (vgl. Kapitel 3.2.3). Bei Martin gaben hingegen 76,7 % der Freiwilligen an, unter kleineren, selbst behandelten Verletzungen gelitten zu haben – 37,6 % mussten Verletzungen ärztlich behandeln lassen (vgl. 2012: 129). Im Kollektiv von Hill gaben insgesamt 4 % der Befragten an, Unfälle oder Verletzungen erlitten zu haben, von diesen benötigten 11,4 % medizinische Hilfe (vgl. 2006: 262). Bei Hartjes et al. erlitten 8 % der Befragten Verletzungen (vgl. 2009: 340). In der mit rund 15.000 Teilnehmern sehr umfangreichen Studie von Boggild et al. lag die Gesamtverletzungsquote bei 6,1 % für Reisende und 4,9 % für Expatriates während des Aufenthaltes in Nepal (vgl. 2007: 363).

4.2.2 Gesundheit vor Reiseantritt

4.2.2.1 Erkrankungen vor Reiseantritt

Die Hälfte der Freiwilligen der vorliegenden Untersuchung war nach eigenen Angaben vor dem Auslandsaufenthalt erkrankt – dabei handelte es sich allerdings ausschließlich um Selbstdiagnosen von vermeintlich harmlosen Erkrankungen (vgl. Kapitel 3.2.2). Eine mögliche Medikamenteneinnahme wurde dabei nicht abgefragt. Die von allen Freiwilligen absolvierte ärztliche Untersuchung vor Reiseantritt ergab allerdings keine Auffälligkeiten (vgl. Kapitel 3.2.2). Unklar ist an dieser Stelle, ob sich tatsächlich das gesamte Kollektiv der vorliegenden Arbeit vor Reiseantritt einer ärztlichen Untersuchung gemäß Standard G35 unterzogen hat, da laut tropenmedizinischem Experten eine solche Untersuchung zum aktuellen Gesundheitszustand der Freiwilligen vor Reiseantritt bei einem routinemäßig durchgeführten Beratungsgespräch nicht durchgeführt wird, sondern nur auf besonderen Wunsch des Entsenders (vgl. Kapitel 3.3.1.2). Es ist daher möglich, dass die Angaben der Freiwilligen dieser Untersuchung zu ihrem Gesundheitszustand vor Reiseantritt lückenhaft sind.

Eingeschränkt vergleichbar sind hierzu die Angaben des Kollektivs von Martin, da diese hier nur nach regelmäßiger Medikamenteneinnahme und nicht explizit nach Erkrankungen vor Reiseantritt gefragt worden war. Dabei gaben lediglich 2,1 % der Freiwilligen an, aufgrund chronischer Erkrankungen regelmäßig Medikamente eingenommen zu haben (vgl. Martin 2012: 124). In der Untersuchung von Bhatta et al. nahm jede bzw. jeder Fünfte regelmäßig Medikamente ein, 31,0 % davon Medikamente gegen Asthma (vgl. 2009: 333).

4.2.2.2 Reisemedizinische Beratung

Das gesamte Kollektiv der vorliegenden Arbeit unterzog sich einer ärztlichen Untersuchung vor Ausreise (vgl. Kapitel 3.2.2). Im Rahmen einer tropenmedizinischen Aufklärung informierten sich die Freiwilligen insgesamt am häufigsten durch sonstige Informationsquellen, Tropeninstitute und das Internet – ein Hausarzt wurde in den wenigsten Fällen konsultiert (vgl. Kapitel 3.2.2).

Dem Kollektiv der vorliegenden Arbeit standen darüber hinaus vor Reiseantritt die Entsendeorganisationen beratend zur Seite. In einem Vorseminar wurden laut Experte aus dem Bereich Entsendeorganisation im Hinblick auf die psychische und physische Gesundheit der Freiwilligen Themen wie Tropenmedizin, HIV/AIDS, Krisen, Krisenbewältigungsstrategien und Kulturschock besprochen sowie eine reisemedizinische Beratung in einem Tropeninstitut empfohlen. (vgl. Kapitel 3.3.1.1)

Diesbezüglich sieht der Experte aus dem Bereich Tropenmedizin allerdings Verbesserungsbedarf. So sollten Freiwillige bei der Entscheidung für den Ort der Gesundheitsberatung unterstützt werden, indem ihnen konkret geeignete Organisationen, Kliniken und Institute wie tropenmedizinische Einrichtungen und Arbeitsmediziner genannt werden. Zusätzlich sollten nach Meinung des Experten vor Fernreisen tropenmedizinische Seminare stattfinden, da die Informationsübermittlung in einem üblichen Beratungsgespräch mit Vorsorgeuntersuchung vor Reiseantritt begrenzt sei und über wichtige Themen wie Gesundheitsprobleme, Schutzmaßnahmen oder Verhalten im Krankheitsfall nicht umfassend aufgeklärt werde bzw. werden könne. Die übliche Vorsorgeuntersuchung von Freiwilligen vor Fernreisen beinhaltet die Durchsicht der Impfdokumentation, das Aussprechen von Impfpfehlungen bzw. das Erstellen eines Impfplans sowie die Aufklärung und Beratung zum Malariarisiko im bereisten Gebiet. (vgl. Kapitel 3.3.1.2)

Eine medizinische Reiseberatung nahmen auch 82,9 % der Freiwilligen von Martin in Anspruch (vgl. 2012: 123). In der Studie von Sharp et al. gaben 84 % der befragten Freiwilligen an, eine medizinische Reiseberatung vor Reiseantritt in Anspruch genommen zu haben (vgl. 1995: 73), bei Lopez-Velez und Bayas hatten sich 80,7 % der Urlauber sowie 37,7 % der beruflich Reisenden einer medizinischen Reiseberatung unterzogen (vgl. 2007: 300). In anderen Studien über Reisende in Entwicklungsländer lagen die Raten bei 52,1 % (vgl. Van Herck et al. 2004: 6), 81 % (vgl. Ropers et al. 2008: 164) und 83 % (vgl. Chatterjee 1999: 8).

Reisende in Hochrisikogebiete lassen sich laut einer 2008 veröffentlichten Schweizer Studie häufiger vor Reiseantritt medizinisch beraten als Reisende, deren Reiseziel als weniger riskant gilt (vgl. Wang et al. 2008: 111). Darüber hinaus liegt laut Wang et al. bei Reisen in Entwicklungsländer die Zahl der Reisenden, die sich vor Reiseantritt im Allgemeinen, also auch durch Familie, Freunde, Internet und Broschüren gesundheitlich beraten lassen bei über 50 % – die Rate der Beratungen durch einen Arzt liegt dabei ebenfalls bei etwa 50 % (vgl. 2008: 111). Mit 76 % liegt der Prozentsatz der reisemedizinischen Beratung laut einer 2001 veröffentlichten Studie von Schunk et al. etwas höher, das Kollektiv vertraute dabei auf den Rat von Ärzten, Reisebüros, Apotheken, Freunden, das Internet sowie die Literatur (vgl. 2001: 261).

Bei Martin wurde die reisemedizinische Beratung hingegen in 56,3 % von einem Hausarzt durchgeführt, 33,3 % recherchierten selbst in Internet und Literatur, 29,4 % ließen sich von einem spezialisierten Arzt in einer Praxis beraten und 27,8 % suchten für die reisemedizinische Beratung ein Tropeninstitut auf (vgl. 2012: 124). Auch in anderen Studien wurden die meisten Reisenden von Hausärzten beraten (vgl. Townend 1998; Van Herck et al. 2004; Waner et al. 1999). Diese Beratungsquelle ist in der Literatur jedoch oftmals nicht unumstritten, da sie in vielen Fällen nicht zufriedenstellend oder gar fragwürdig sein kann (vgl. Hatz et al. 1997; Ropers et al. 2004). Auch in der 2009 veröffentlichten Studie von Hartjes et al. gaben 60 % als reisemedizinischen Berater vor Reiseantritt einen Arzt der Primärversorgung an, lediglich 24 % einen Reisemediziner und 85 % vertrauten auf jugendorientierte Reiseführer – als entsprechend unzureichend wurde in dieser Studie auch das reisemedizinische Know-how der Studenten bewertet (vgl. 2009: 340).

Laut einer ebenfalls 2009 veröffentlichten niederländischen Studie wirken sich jedoch reisemedizinische Weiterbildung sowie ein höheres Maß an reisemedizinischer Erfahrung positiv auf eine qualifizierte Beratung aus (vgl. Ruis et al. 2009: 265). Auch Waner et al. betonen aus diesem Grund die Notwendigkeit fachlicher Weiterbildungen des spezifisch medizinischen Personals sowie des Personals von Reiseagenturen (vgl. 1999: 256). Und auch die DTG empfiehlt

eine derartige Beratung ausschließlich durch Ärzte mit Zusatzweiterbildung Tropenmedizin oder Kollegen mit gleichwertigen Erfahrungen in den Tropen (vgl. 2018).

Ebenfalls kritisch ist das Internet als einzige Informationsquelle für eine reisemedizinische Vorbereitung anzusehen. So waren u.a. laut einer im Jahr 2003 veröffentlichten Studie die zum damaligen Zeitpunkt verfügbaren Informationen im Allgemeinen unzureichend (vgl. Horvath et al. 2003; Sing et al. 2000).

4.2.2.3 Impfschutz

Im Rahmen der tropenmedizinischen Aufklärung unterzogen sich alle in der vorliegenden Arbeit befragten Freiwilligen einer Impfberatung und ließen ihren Impfschutz gegen bestimmte Erkrankungen überprüfen (vgl. Kapitel 3.2.2). Insbesondere den Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Hepatitis A, Hepatitis B, Masern-Mumps-Röteln und Gelbfieber ließen alle Freiwilligen dieser Untersuchung überprüfen bzw. durchführen (vgl. Kapitel 3.2.2).

In der Untersuchung von Martin wurde bei der Frage nach Impfungen differenziert, ob diese unabhängig vom oder gezielt für den Auslandsaufenthalt durchgeführt wurden (vgl. 2012: 123). Dabei zeigte sich, dass die Prozentwerte der unabhängig durchgeführten Impfungen (Tetanus 90,8 %; Poliomyelitis 89,5 %; Mumps, Masern und Röteln 80,4 %; Diphtherie 89,5 %; Hepatitis B 56,9 %) insgesamt höher lagen als die der gezielt für den Auslandsaufenthalt durchgeführten Impfungen (Hepatitis A 58,8 %; Gelbfieber 54,2 %; Tollwut 44,4 %, Typhus 39,9 %, Meningokokken 20,9 %) (vgl. Martin 2012: 123).

Das Kollektiv von Sharp et al. weist im Vergleich zu den beiden genannten Studien eine deutlich höhere Impfschutzrate gegen Typhus (82 %) auf – gegen Gelbfieber (89 %) und Hepatitis A (89 %) liegt sie dagegen genau zwischen deren Werten. (vgl. 1995: 72). Im Vergleich zu weiteren Studien weisen sowohl die Freiwilligen der vorliegenden Arbeit als auch die von Martin eine durchschnittlich höhere Impfschutzrate auf (vgl. Schunk et al. 2001; Townend 1998; Van Herck et al. 2004).

Reisen gelten laut einer 2006 veröffentlichten Studie als einer der höchsten Risikofaktoren für impfpräventable Erkrankungen (vgl. Mutsch et al. 2006: 490). Bei Langzeitreisen in Entwicklungsländer sprechen Steffen und Lobel eine eindeutige Empfehlung für Impfungen gegen Poliomyelitis, Masern, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis A, Hepatitis B, Typhus und Tollwut aus (vgl. 1994: 64).

Entsprechende Empfehlungen der DTG zu Reiseimpfungen beruhen auf jährlich aktualisierten Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO), der WHO sowie den Herstellerangaben zu Impfstoffen. So zählen laut DTG aktuell Cholera, Diphtherie, FSME, Gelbfieber, Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza, Japanische Enzephalitis, Masern, Meningokokken, Poliomyelitis, Typhus, Tollwut, Tetanus zu den empfohlenen Reiseimpfungen. (vgl. Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Globale Gesundheit e. V. 2018a)

Im Zusammenhang mit ihrem Auslandsaufenthalt sowie den dort ausgeübten Tätigkeiten haben Impfungen auch für Freiwillige im Auslandsdienst einen besonderen Stellenwert. Die Befragten der vorliegenden Untersuchung waren meist in einem Umfeld mit Kindern tätig, weshalb für sie neben den empfohlenen Standardimpfungen und den Indikationsimpfungen aufgrund der Reise auch die Indikationsimpfungen für Personen mit erhöhtem beruflichem Risiko von besonderer Bedeutung waren. Dazu zählten für die Freiwilligen dieser Arbeit gemäß STIKO des Robert Koch-Institutes (RKI) Impfungen gegen Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza, Masern, Mumps, Keuchhusten (Pertussis), Poliomyelitis, Röteln und Windpocken (Varizellen). (vgl. Robert Koch-Institut 2017: 337 f.)

Die Mehrheit der in der vorliegenden Arbeit befragten Freiwilligen reiste nach Tansania. Laut Auswärtigem Amt sind bei direkter Einreise aus Deutschland auf das Festland Tansanias und nach Sansibar keine Pflichtimpfungen, insbesondere keine Gelbfieberimpfung erforderlich. Empfohlen wird allerdings, die Standardimpfungen gemäß aktuellem Impfkalendar des RKI für Kinder und Erwachsene zu überprüfen und vervollständigen zu lassen. Für Erwachsene zählen dazu die Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten) und ggf. auch Polio (Kinderlähmung), Mumps, Masern, Röteln, Pneumokokken sowie In-

fluenza. Impfungen gegen Hepatitis A sowie bei Langzeitaufenthalten oder besonderer Exposition auch gegen Gelbfieber sowie Hepatitis B, Tollwut, Meningokokken-Krankheit und Typhus werden darüber hinaus in Tansania als Reiseimpfungen empfohlen. (vgl. Auswärtiges Amt 2018)

4.2.3 Gesundheit nach dem Auslandsaufenthalt

4.2.3.1 Krankheitszeichen und Erkrankungen nach dem Auslandsaufenthalt

Nach dem Auslandsaufenthalt erkrankten 14,3 % der Teilnehmer an Fragebogen 1 dieser Arbeit (vgl. Kapitel 3.1.4). Von den Freiwilligen, die an Fragebogen 2 teilnahmen, traten bei 83,3 % (absolut: fünf) nach dem Auslandseinsatz Krankheitszeichen auf (vgl. Kapitel 3.2.4). Eine ärztliche Untersuchung nach Rückkehr ließen insgesamt 83,3 % (absolut: fünf) der an der Fragebogen 2 teilnehmenden Freiwilligen durchführen, dabei wurden bei 66,7 % (absolut: vier) Infektionserkrankungen – am häufigsten Atemwegs- und Durchfallerkrankungen – diagnostiziert (vgl. Kapitel 3.2.4).

In der Studie von Martin wurden 58,2 % der Freiwilligen nach Rückkehr ärztlich untersucht, bei 21,3 % der untersuchten Freiwilligen wurden Erkrankungen diagnostiziert – mit sechs Nennungen war der Nachweis von Amöben nach Auslandseinsätzen in Afrika und Mittel-/Südamerika am häufigsten (vgl. 2012: 138 f.).

In der Studie von Bhatta et al. klagten 27 % der Freiwilligen nach ihrer Rückkehr aus dem Auslandseinsatz über anhaltende oder ungelöste medizinische bzw. psychologische Probleme, am häufigsten litten sie dabei unter Durchfallerkrankungen, Hauterkrankungen und gynäkologischen Problemen (vgl. 2009: 334). Ähnliche Zahlen werden auch in einer 1994 von Nothdurft und Löscher veröffentlichten Studie genannt. So hatten laut dieser zwischen 20 und 50 % aller touristisch Reisenden in tropischen und subtropischen Ländern während oder nach ihrer Reise gesundheitliche Probleme, dabei handelte es sich wie in der vorliegenden Arbeit meist um Atemwegsinfekte oder gastrointestinale Störungen (vgl. Nothdurft und Löscher 1994). Im Kollektiv von Hill waren bei Rückkehr 26 % der Befragten erkrankt, 56 % erkrankten nach Rückkehr (vgl. 2006: 259). Und in

der Studie von Ropers et al. zeigten sich bei ärztlichen Untersuchungen nach Rückkehr der Reisenden aus (sub)-tropischen Ländern am häufigsten gastrointestinale Symptome wie z.B. Durchfall und Fieber sowie Atemwegs- und Hauterkrankungen (vgl. 2004: 291).

4.2.3.2 Psychische Gesundheit nach dem Auslandsaufenthalt

Unter psychischen Erkrankungen litt nach eigenen Angaben kein Freiwilliger der vorliegenden Untersuchung nach Rückkehr. Freiwillige aus dem Kollektiv von Neppach litten hingegen teilweise anhaltend an psychischen Folgen von (mit-)erlebten Bedrohungssituationen (vgl. Kapitel 4.2.1.3).

Dem psychologischen Experten zufolge ist die psychologische Nachsorge in Form eines Austausches mit Gesprächspartnern nach Rückkehr der Freiwilligen notwendig, um das im Ausland und im Rahmen der Rückkehr Erlebte teilen, verarbeiten und einordnen zu können – gegebenenfalls auch mit Hilfe von Experten (vgl. Kapitel 3.3.1.4).

4.2.3.3 Gesundheitliche Spätfolgen

Gesundheitliche Spätfolgen des Auslandsaufenthaltes traten bei einer an Fragebogen 2 der vorliegenden Untersuchung teilnehmenden Person auf, dabei handelte es sich um eine Pilzerkrankung im Gesicht (vgl. Kapitel 3.2.4).

Dem tropenmedizinischen Experten zufolge sind im Ausland erworbene Erkrankungen meist akut und heilen bei entsprechender Behandlung in der Regel vollständig aus. Erkrankungen mit langfristigen, bei Nichterkennung gravierenden Konsequenzen sind hingegen z.B. die Schistosomiasis in Afrika und die Chagas-Infektion in Mittel- und Südamerika. (vgl. Kapitel 3.3.1.2)

Psychische Erkrankungen treten nach Meinung des psychologischen Experten bereits vor einer Latenzzeit von mehreren Jahren nach Rückkehr auf, während die Manifestation einer sexuellen Traumatisierung oder anderer Gewalterfahrungen nach dieser Zeitspanne möglich sei. (vgl. Kapitel 3.3.1.4)

Leder et al. gibt zu bedenken, dass bei den meist zeitnah nach Rückkehr durchgeführten ärztlichen Untersuchungen Infektionen mit langer Inkubationszeit nicht diagnostiziert werden können (vgl. 2008: 264). Ähnlich begründen auch Nothdurft

und Löscher bereits im Jahr 1994 ihre Empfehlung für Reisende, die während oder nach einem Aufenthalt in tropischen Ländern erkrankten. So sollten sich diese auch bei scheinbar harmlosen Erkrankungen Nachuntersuchungen unterziehen, um mit präventiven Maßnahmen eine mögliche Ausbreitung von seltenen Tropenkrankheiten im Heimatland limitieren und auch das individuelle Risiko für den Reisenden reduzieren zu können (vgl. Nothdurft und Löscher 1994).

Auf eine chronische Erkrankung, die insbesondere in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat, wird in einer Studie aus dem Jahr 2019 hingewiesen: vom postinfektiösen Reizdarmsyndrom sind 17 % der Patienten mit Reisedurchfall betroffen (Fedor et al. 2019).

4.3 Limitationen der Studie

4.3.1 Kritik der Methoden

Im Forschungsprozess der vorliegenden Arbeit konnten diverse Erkenntnisse über die angewandten Methoden der empirischen Sozialforschung gewonnen werden. Kritik wird im Folgenden sowohl an den standardisierten Fragebögen und Experteninterviews als auch an der Verknüpfung dieser beiden methodischen Mittel geübt.

Als Erhebungsinstrument der quantitativen Sozialforschung wurden die standardisierten Fragebögen gemäß der in Kapitel 2.1.1 definierten Grundgesamtheit verschickt. Dabei erschien im Hinblick auf die zu bewältigende Datenmenge eine geographische sowie zeitliche Eingrenzung des Kollektivs sinnvoll. Die quantitative Erhebung der vorliegenden Arbeit ist entsprechend als Stichprobe zu verstehen, weshalb von einer grundsätzlichen Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse über die Stichprobe hinaus nicht ausgegangen werden kann. In die Untersuchung gingen letztlich Freiwillige der Aussendejahrgänge 2009/2010, 2010/2011, 2011/2012 und 2012/2013 ein. Die Erweiterung auf vier statt der ursprünglich vorgesehenen drei Aussendejahrgänge ist möglicherweise auf die für den Zeitpunkt der Versendung in der Akquise-E-Mail an die Entsendeorganisationen etwas unpräzise Formulierung „in den vergangenen drei Jahren“ zurückzuführen.

Sowohl allgemeine als auch spezifische Ursachen sind für die geringen Rücklaufquoten der Fragebögen anzuführen. Schnell et al. geben als Gründe für eine niedrige Rücklaufquote bei der E-Mail-Befragung als Variante der internetgestützten Befragung neben unvollständigen E-Mail-Listen und technischen Problemen an, dass *„falls die E-Mail den Empfänger überhaupt erreicht, [...] die Verbindlichkeit einer E-Mail-Aufforderung in der Regel deutlich geringer als die Aufforderung durch einen vor der Tür stehenden Interviewer [ist]. E-Mail-Surveys weisen [deshalb] fast immer untragbare Nonresponse-Raten auf“* (2011: 372). In Bezug auf die vorliegende Untersuchung verfügten die Entsendeorganisationen nach eigenen Angaben über vollständige E-Mail-Listen. Anzumerken ist hierbei jedoch, dass über die Aktualität dieser Listen keine gesicherte Aussage getroffen werden konnte, schließlich lagen einige Auslandsaufenthalte bereits mehrere Jahre zurück. Dies trifft wohl ebenso auf die Verbindlichkeit der E-Mail-Aufforderung zu. So ist anzunehmen, dass sich einige Freiwillige aufgrund des zu weit zurückliegenden Auslandsaufenthaltes entweder nicht direkt angesprochen fühlten oder die Erinnerung an den damaligen Gesundheitszustand nicht mehr präsent war. Darüber hinaus liegt die Vermutung nahe, dass sich vor allem Freiwillige angesprochen fühlten, die im Rahmen ihres Auslandsdienstes tatsächlich erkrankt sind. Hierfür spricht, dass laut Fragebogen 1 67,9 % der Freiwilligen während und 14,3 % nach dem Auslandsaufenthalt erkrankt sind – abzüglich dreier mehrfach erkrankter Freiwilliger gaben somit insgesamt 71,4 % an, im Rahmen ihres Auslandsaufenthaltes erkrankt zu sein (vgl. Kapitel 3.1.3 und 3.1.4).

Diese Annahme ist angesichts der geringen Rücklaufquote bei Fragebogen 2 hingegen nicht haltbar. Vielmehr können die Gründe hier in den für einige Freiwillige eventuell zu detaillierten Fragestellungen sowie dem mit sieben Seiten insgesamt sehr umfangreichen Fragebogen gesehen werden. Ebenso kann sich der aufgrund der jeweiligen Fristverlängerungen relativ große zeitliche Abstand zwischen Fragebogen 1 und 2 von knapp zehn Monaten negativ auf die Rücklaufquote ausgewirkt haben.

Die Experteninterviews wurden als komplementäres Verfahren mit dem Ziel durchgeführt, die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Freiwilligen zu validieren, eine möglichst vollständige Erfassung zu erreichen sowie neue Aspekte

zum Thema Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst anzuführen. Flick sieht „*in der Fokussierung der Methode*“ (2014: 219) einen Grund, weshalb Experteninterviews als alleiniges Erhebungsinstrument als grenzwertig anzusehen sind. Demnach sei „*der ausschließliche Fokus auf Wissen einer spezifischen Zielgruppe [...] zu eng*“ (2014: 219). Um über diese von Flick formulierte Grenze der Methodik für Experteninterviews hinweg agieren zu können, erfolgte neben der ergänzenden Anwendung der quantitativen Befragung die in Kapitel 2.2.1 beschriebene Expertenauswahl. Dabei zielte die Auswahl von Experten aus vier Fachrichtungen darauf ab, das Thema möglichst vollständig zu erfassen. Kritisch anzumerken ist hierbei allerdings, dass es sich bei der getroffenen Auswahl um nur jeweils einen Experten pro Fachgebiet handelte – die getroffenen Aussagen daher als exemplarisch angesehen werden müssen und eine Verallgemeinerung somit nicht möglich ist.

Wie von Flick beschrieben, „*ist es oft nicht einfach, den <richtigen> Experten zu identifizieren*“ (2014: 218). Sowohl bei der Expertenauswahl als auch bei der Durchführung der Interviews „*tritt das Problem des Zeitdrucks auf – Experten-Interviews müssen häufig deutlich knapper kalkuliert und durchgeführt werden als andere Formen qualitativer Interviews*“ (Flick 2014: 218). Die Fragestellungen der im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführten Interviews orientierten sich an dieser Vorgabe, so dass die interviewten Experten während der Befragung keinen Zeitdruck signalisierten.

Außerdem führt Flick „*das Problem der Vertraulichkeit [an, da] nicht selten heikle Themen [...] angesprochen*“ (2014: 218) werden. Unter anderem zum Schutz der genannten vertraulichen Themen wurde das in Kapitel 2.3 beschriebene Datenmanagement angewandt.

Dem ursprünglichen Anspruch, die Ergebnisse der standardisierten Fragebögen anhand von Experteninterviews zu validieren und umgekehrt, konnte die vorliegende Untersuchung mit Blick auf diese von Flick beschriebene Entwicklung nicht uneingeschränkt gerecht werden. Die reziproke Wirkung der beiden Methoden ist dagegen hinsichtlich einer möglichst vollständigen Erfassung sowie der

Formulierung neuer Aspekte zum Thema Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst als positiv zu bewerten.

4.3.2 Inhaltliche Kritik

Im Forschungsprozess der vorliegenden Arbeit zeigte sich unter anderem, dass eine detailliertere Fragestellung in einigen Bereichen der quantitativen Erhebung eine höhere Aussagekraft sowie verbesserte Vergleichbarkeit hätte schaffen können. So wurde beispielsweise versäumt, Unfälle als eine der größten Gefahrenquellen für Reisende in Art, Umstand und Schwere genauer zu betrachten.

Nicht nur in diesem Zusammenhang erscheint im Nachhinein auch eine Frage zur Risikowahrnehmung der Freiwilligen sinnvoll. Neben der Aufnahme tatsächlicher Unfall-, Malaria- sowie anderer Infektionsrisiken hätte diese auch der Verifizierung der Einschätzung des tropenmedizinischen Experten dienen können, der eine Verbindung zwischen Auslandsreise und erhöhter Risikobereitschaft sieht.

Ebenfalls kritisch zu bewerten ist darüber hinaus, dass bzgl. einer Malariaerkrankung in der vorliegenden Arbeit lediglich Daten zu den im Rahmen einer tropenmedizinischen Aufklärung vor Reiseantritt erhaltenen Informationen erhoben wurden. So wurden keine Angaben zum tatsächlichen Kenntnisstand sowie zur letztlich durchgeführten Expositions- und/oder Chemoprophylaxe erhoben.

In Anbetracht der Auslandseinsätze in Entwicklungsländern wären zur Einschätzung des Infektionsrisikos für die Freiwilligen rückblickend außerdem Fragen zu Verpflegung, Wasserversorgung, sanitären Anlagen sowie Sexualverhalten wertvoll gewesen.

Wie beschrieben musste in Teilaspekten dieser Arbeit aufgrund von zu wenig detailliert formulierten Fragen auf wesentliche Einzelheiten verzichtet werden. Gerade mit Blick auf die teilweise mehrere Jahre zurückliegenden Auslandseinsätze der Freiwilligen, wurden die Fragen ggf. teilweise zu offen gestellt. So hätten mit Hilfe genauerer Fragestellungen ggf. einige Vorfälle bzw. Gegebenheiten

abgerufen werden können, die sich nicht mehr direkt im Gedächtnis der Befragten befanden. Andererseits hätten umfangreichere Fragebögen jedoch auch noch geringere Rücklaufquoten zur Folge haben können.

Die Experteninterviews konnten zum Teil genutzt werden, um inhaltliche Defizite der vorausgegangenen quantitativen Erhebung durch Fachwissen auszugleichen. Retrospektiv betrachtet hätte eine umgekehrt angewendete Reihenfolge der beiden Methoden für eine umfassendere Gestaltung der Fragebögen auf Grundlage der qualitativen Ergebnisse genutzt werden können.

4.4 Schlussfolgerung

In Anbetracht der seit 2006 insgesamt mehr als verdoppelten Anzahl erfasster Entsendungen darf auch in Zukunft mit zahlreichen freiwilligen Auslandseinsätzen junger Menschen gerechnet werden. Dabei werden insbesondere staatlich geregelte Freiwilligendienste wie das in der vorliegenden Arbeit in Teilen untersuchte weltwärts-Programm im Fokus stehen, da auf sie inzwischen etwa 90 % der Entsendungen entfallen – privatrechtlich geregelte Freiwilligendienste verzeichnen hingegen seit über zehn Jahren einen kontinuierlichen Rückgang der Teilnehmerzahlen. Seit seiner Einführung kann weltwärts relativ konstante Teilnehmerzahlen vorweisen (vgl. Kapitel 1.1.3), gemeinsam mit dem IJFD führt es bereits heute über 80 % der staatlich geregelten Entsendungen durch. (vgl. Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e. V. 2017: 12 f.).

Gesundheit gilt als das höchste Gut eines Menschen und sollte nicht nur angesichts der dargelegten Risiken gerade im Rahmen eines freiwilligen Auslandsdienstes zukünftig noch sorgfältiger geschützt werden. Um dies gewährleisten zu können, besteht mit Blick auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit definitiv Bedarf an weiteren tiefergehenden Studien. Diese sollten insbesondere obligatorisch und prospektiv durchgeführt werden, damit in Zukunft deutlich höhere Fallzahlen und entsprechend allgemein gültige Ergebnisse zum physischen und psychischen Gesundheitszustand von Freiwilligen im Rahmen eines Auslandsdienstes erzielt werden können. Elementare Voraussetzung hierfür ist die zentrale Erfassung der zugehörigen Daten, die auf zweierlei Wegen stattfinden sollte.

Einerseits ist die Datenerhebung seitens des Freiwilligen in Form eines strukturierten Fragebogens zur Erhebung wissenschaftlich valider Daten bzgl. des Gesundheitszustandes vorstellbar – der Fragebogen sollte dabei im Rahmen des Auslandsdienstes wie bereits erwähnt prospektiv, begleitend sowie abschließend auszufüllen sein. So würde der befragte Freiwillige im Rahmen der Dokumentation seines Gesundheitszustandes in Zukunft verstärkt auf die Art der Erkrankungen eingehen, gerade auch hinsichtlich der in der vorliegenden Arbeit als besonders relevant definierten seelischen Erkrankungen. Nennenswerte Erkrankungen sollten von den Freiwilligen gemeldet, durch die jeweilige Entsendeorganisation gelistet und zusammen mit den Daten anderer Organisationen zentral gebündelt werden. So könnten Rückschlüsse auf gefährliche Einsatzregionen gezogen und nachfolgende Freiwillige entsprechend vorbereitet werden. (vgl. Kapitel 3.3.1.2, 3.3.1.3)

Zusätzlich und in Ergänzung sind ärztliche Vor- und Nachsorgeuntersuchungen sowie Seminare mit umfangreicher Aufklärungsarbeit für die Freiwilligen vor, während und nach dem Einsatz notwendig. In diesem Rahmen ist grundsätzlich eine zusätzliche Datenerhebung seitens der involvierten Experten denkbar, so dass nicht nur die Innensicht der Freiwilligen, sondern auch die Außenwahrnehmung durch Experten dokumentiert werden kann.

Dieses Vorgehen sollte zukünftig bestenfalls als Teil eines einheitlichen Beratungs-, Vorbereitungs- und Betreuungsprozesses umgesetzt werden, der sich über den kompletten Zeitraum von Vorbereitung bis Nachsorge erstreckt. Um dabei allen Freiwilligen die gleiche fundierte und umfassende Betreuung und Versorgung bieten zu können, sollte ein solcher Prozess zentral etabliert und organisiert sowie fortlaufend an die sich verändernden Rahmenbedingungen angepasst und entsprechend optimiert werden. Die zentrale Organisation ist dabei jeweils pro Entsendeorganisation denkbar, besser und zielführender wäre allerdings ein gemeinsamer Prozess mehrerer bzw. aller Entsendeorganisationen.

Während der Vorbereitung eines Auslandsaufenthaltes sollte das Augenmerk zukünftig vor allem auf die Verbesserung der Reiseberatung gelegt werden. Obligatorischer Bestandteil sollte in diesem Rahmen ein umfangreiches informatives

Seminar vor Reiseaustritt inkl. Sicherheitstraining und grundlegender Thematisierung potenziell auftretender Gewalt, Besprechen konkreter Handlungsempfehlungen und Strategien sowie praktischer Vorbereitung möglicherweise auftretender gefährlicher Situationen sein (vgl. Kapitel 3.3.1.2). Dabei kann bzw. sollte verstärkt auf ehemalige Freiwillige als Ansprechpartner sowie Empfehlungen erfahrener Personen zurückgegriffen werden. Darüber hinaus sind zur weiteren Unterstützung der Freiwilligen mit Fachwissen auch öffentliche Kampagnen, die Empfehlung reisemedizinischer Experten durch Reisebüros sowie eine Qualitätssteigerung der Untersuchungen und Schulungen von Allgemeinmedizinern denkbar, wie dies bereits Ropers et al. vorgeschlagen haben (vgl. 2008: 170).

Dieses gesammelte Expertenwissen sollte auch in die angesprochene fortlaufende Optimierung des Prozesses mit einbezogen werden. Ein Know-how-Transfer von ehemaligen zu zukünftigen Freiwilligen im Rahmen einer zentral organisierten Vor- und Nachbereitung von Auslandsaufenthalten wäre sehr gut denkbar und umsetzbar. Besonders was den als elementar erachteten Aufbau eines Vertrauensraumes durch die Entsendorganisation betrifft, sind ehemalige Freiwillige im Prinzip als Botschafter der Organisation gegenüber den zukünftigen Freiwilligen als sinnvolles und effektives Instrument anzusehen. So sollte sich auf diesem Wege einerseits viel einfacher, andererseits viel besser ein Vertrauensverhältnis zwischen Organisation und Freiwilligem entwickeln lassen als beispielsweise durch den Einsatz eines psychologischen Gremiums. Die Dokumentation des psychischen Gesundheitszustandes sollte genau wie die gesamte Organisation des skizzierten Prozesses zukünftig in der Verantwortung der Entsendeorganisation liegen. Dabei besteht jedoch bislang ein systematisch methodisches Problem, da nur Psychotherapeuten diagnoseberechtigt sind und nicht z.B. Sozialpädagogen, die in der Regel in Entsendeorganisationen arbeiten. Hier besteht also gewissermaßen Handlungsbedarf hinsichtlich einer Anpassung, um zukünftig einen zielführenden Prozess sicherstellen bzw. etablieren zu können. (vgl. Kapitel 3.3.1.4)

Wie bereits erwähnt, sollten umfassende Untersuchungen vor und nach dem Auslandseinsatz elementarer Bestandteil eines solchen Prozesses sein – diese

Ansicht wird wie in der vorliegenden Arbeit beschrieben, auch von den Entscheideorganisationen geteilt. Die flächendeckende Durchführung dieser Untersuchungen kann zukünftig beispielsweise mittels Pflicht zur Kostenübernahme durch die Organisationen und/oder eine verpflichtende Teilnahme bzw. Inanspruchnahme im Rahmen einer zentralen Organisation forciert werden. Eine gesetzliche Grundlage für die Einführung einer verpflichtenden Nachuntersuchung existiert bislang nicht, wäre vor dem beschriebenen Hintergrund aber durchaus empfehlenswert. (vgl. Kapitel 3.3.1.1)

Update: Während der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit hat das BMZ 2019 für weltwärts-Freiwillige eine verpflichtende Gesundheitsberatung mit Eignungs- und Nachuntersuchung eingeführt. Diese Neuerung verfolgt das Ziel, riskante Ausreisen zu unterbinden sowie Erkrankungen im Rahmen fachlicher Beratung zu vermeiden bzw. rechtzeitig zu entdecken.

Die Vor- und Nachsorgeuntersuchungen müssen laut BMZ standardisiert für Teilnehmer an Freiwilligendiensten in tropischen oder subtropischen Regionen durchgeführt werden sowie eine reise- oder tropenmedizinische Beratung inklusive Impf- und Malariaprophylaxeberatung beinhalten. Sie basieren entsprechend den besonderen klimatischen Belastungen oder Infektionsgefährdungen der Einsatzländer auf einer Gesundheitsuntersuchung und -beratung nach G 35-Standard und sind von Tropenmedizinern bzw. Ärzten mit Zusatzqualifikation Reisemedizin oder von Ärzten im Gebiet Arbeitsmedizin bzw. mit Zusatzweiterbildung Betriebsmedizin gemäß Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) und Zertifikat für Arbeitsaufenthalte in Tropen und Subtropen durchzuführen. Die dafür anfallenden Kosten werden vom BMZ getragen, Kosten für zusätzlich notwendige Untersuchungen bei symptomatischen Freiwilligen werden über deren jeweilige Krankenkasse abgerechnet. (vgl. Prüfer-Krämer u. a. 2020; Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Globale Gesundheit e. V. 2020)

5 Zusammenfassung

Relevanz: Im Rahmen längerer Einsätze in Entwicklungsländern werden Teilnehmer von Freiwilligendiensten mit besonderen physischen und psychischen Belastungen konfrontiert. In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht wie häufig, unter welchen Umständen und woran Freiwillige hierbei erkranken. Es standen sowohl die physische und psychische Vorsorge sowie die Gefahren eines Auslandsaufenthaltes als auch die Versorgung und Nachsorge im Krankheitsfall sowie deren Dokumentation im Fokus der Untersuchung.

Methoden: Neben der quantitativen Befragung einer definierten Gruppe von 165 Freiwilligen (Fragebogen 1) bzw. 20 Freiwilligen (Fragebogen 2) ermöglichten Experteninterviews als qualitatives Instrument den Abruf spezifischen Handlungs- und Erfahrungswissens aus den beteiligten Bereichen Entsendeorganisation, Tropenmedizin, Freiwillige und Psychologie in der Auseinandersetzung mit der zentralen Fragestellung der Untersuchung.

Ergebnisse: Im untersuchten Kollektiv erkrankten 67,9 % der Freiwilligen während sowie 14,3 % nach dem Auslandsaufenthalt (Fragebogen 1, n = 28) bzw. je fünf Freiwillige während und nach dem Auslandsaufenthalt (Fragebogen 2, n = 6). Während die Zahlen in Bezug auf Erkrankungsraten im Vergleich variieren, stellten Durchfallerkrankungen in dieser wie auch in anderen Studien das häufigste Gesundheitsproblem dar. Das physische und psychische Gefährdungspotenzial eines Freiwilligen wird nach Expertenmeinung u.a. von Infektionskrankheiten, medizinischen Versorgungsmöglichkeiten, erhöhter Risikobereitschaft, Unfällen, Gewalt, Traumata, kulturellen Umständen, Überforderung, fehlender Selbstwirksamkeit sowie der Umstände bei Rückkehr bestimmt.

Schlussfolgerung: Zum Schutz der Freiwilligen sollte künftig ein definierter Prozess mit medizinischen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen sowie umfassenden Seminaren mit tropen- und arbeitsmedizinischer Aufklärung, Sicherheitstraining, realitätsgetreuer Darstellung der Belastungen sowie Testung der psychologischen Eignung im Rahmen freiwilliger Auslandsdienste Anwendung finden. Für die Erhebung valider wissenschaftlicher Daten zum physischen und psychischen

Gesundheitszustand von Freiwilligen ist ein strukturierter Fragebogen erforderlich, der verbindlich prospektiv, begleitend sowie abschließend zu beantworten ist und dessen Ergebnisse zentral gebündelt werden sollten.

6 Anhang

Anhang 1. Anschreiben Entsendeorganisation

Fides Piepenbrink
Schmalzmarkt 3
97070 Würzburg

fidespiepenbrink@web.de
0151 / 50619057
0931 / 40636036



Würzburg, 30.05.13

Sehr ,

mein Name ist Fides Piepenbrink, ich studiere Zahnmedizin an der Universität Würzburg und schreibe bei Prof. Dr. Stich in der Tropenmedizinischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg eine Dissertation zum Thema „Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst“.

Unser Anliegen ist es, den Gesundheitszustand der Freiwilligen im Rahmen ihres Auslandsaufenthaltes zunächst mithilfe eines Fragebogens möglichst genau zu erfassen. Wir möchten Sie deshalb freundlich bitten, den Fragebogen an Personen weiterzuleiten, die in den vergangenen drei Jahren über Ihre Organisation in den Auslandsdienst gegangen sind. Es wäre sehr nett, wenn Sie uns die Gesamtzahl dieser Personen nennen könnten.

Die Rücksendung der Fragebögen durch die Probanden bis 15.07.13 sollte direkt an uns erfolgen, selbstverständlich werden alle Angaben anonymisiert und unterliegen der Schweigepflicht.

Mit Rücksendung des Fragebogens willigt der/ die Freiwillige in die Verarbeitung und Nutzung der Daten zum o.g. Zweck ein. Der Widerruf dieser Einwilligung ist bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung jederzeit möglich.

Sollten Erkrankungen aufgetreten sein, so werden wir den Betroffenen einen weiteren, detaillierten Fragebogen zukommen lassen.

Bei Fragen und Anregungen können Sie sich gerne jederzeit an mich wenden.

Im Voraus besten Dank für ihre Hilfe!

Freundliche Grüße

Fides Piepenbrink

Anhang:

Fragebogen zur Gesundheit im Freiwilligen Auslandsdienst

Anhang 2. Fragebogen 1

FRAGEBOGEN ZUR GESUNDHEIT IM FREIWILLIGEN AUSLANDSDIENST

Die Angaben auf diesem Fragebogen sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

ANGABEN ZUR PERSON				
Geschlecht	<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>	männlich
Geburtsjahr				

ANGABEN ZUM AUSLANDSAUFENTHALT	
Zeitraum	von _____ bis _____
Reiseland	_____
weitere besuchte Länder	_____
Tätigkeit	_____

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND WÄHREND AUSLANDSAUFENTHALT				
Erkrankung während Auslandsaufenthalt?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Falls JA, liegen Befunde/Unterlagen vor?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Krankheit	_____			

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND NACH AUSLANDSAUFENTHALT				
Erkrankung nach Auslandsaufenthalt?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Falls JA, liegen Befunde/Unterlagen vor?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Krankheit	_____			

Falls Sie während oder nach ihrem Auslandsaufenthalt erkrankt sind, würden wir Ihnen gerne einen weiteren Fragebogen zur genaueren Erfassung ihres Gesundheitszustandes zukommen lassen.

Bitte vermerken Sie hierfür Ihre E-Mail-Adresse:

Diesen Fragebogen bitte per Mail senden an Fides Piepenbrink: fidespiepenbrink@web.de

Im Voraus besten Dank für Ihre Hilfe!

Anhang 3. Anschreiben Freiwillige

Fides Piepenbrink
Schmalzmarkt 3
97070 Würzburg

fidespiepenbrink@web.de
0151 / 50619057
0931 / 40636036



Würzburg, 16.07.14

Liebe [REDACTED],

Mein Name ist Fides Piepenbrink, ich habe im Juni das Studium der Zahnmedizin an der Universität Würzburg abgeschlossen und schreibe bei Prof. Dr. Stich in der Tropenmedizinischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg eine Dissertation zum Thema „Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst“.

Im vergangenen Jahr sandten Sie mir freundlicherweise einen ersten Fragebogen zu diesem Thema zurück. Hierfür ganz herzlichen Dank! Da Sie in diesem angegeben, im Zusammenhang mit ihrem Auslandsaufenthalt erkrankt zu sein, wende ich mich heute erneut an Sie. Ich möchte Sie freundlich bitten, sich erneut etwas Zeit zu nehmen und den detaillierteren Fragebogen im Anhang auszufüllen.

Bitte senden Sie diesen Fragebogen bis zum 15.09.14 per E-Mail an fidespiepenbrink@web.de, selbstverständlich werden alle Angaben anonymisiert und unterliegen der Schweigepflicht. Mit Rücksendung des Fragebogens willigen Sie in die Verarbeitung und Nutzung der Daten zum o.g. Zweck ein. Der Widerruf dieser Einwilligung ist bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung jederzeit möglich.

Im Voraus besten Dank für Ihre Hilfe!

Fides Piepenbrink

Anhang:

Fragebogen 2 zur Gesundheit im Freiwilligen Auslandsdienst

Anhang 4. Fragebogen 2

FRAGEBOGEN ZUR GESUNDHEIT IM FREIWILLIGEN AUSLANDSDIENST

Die Angaben auf diesem Fragebogen sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

ANGABEN ZUR PERSON			
Familienstand		ledig	geschieden
		verheiratet	
Geschlecht		weiblich	männlich
Geburtsjahr			

ANGABEN ZUM AUSLANDSAUFENTHALT	
Zeitraum	von _____ bis _____
Einsatzland	
weitere besuchte Länder	
Tätigkeit	

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND VOR DEM AUSLANDSAUFENTHALT			
KRANKHEITEN	Arzt- diagnose	Selbst- diagnose	Medikamenten- einnahme?
Operationen / Krankenhausaufenthalte (in letzten 3 Monaten vor Abreise)			
Herzerkrankungen (z.B. Rhythmusstörungen, Infarkt)			
Bluthochdruck			
Gefäßkrankheiten (Schlaganfall, Thrombose / Embolie)			
Atemwegserkrankungen (z.B. Husten, Auswurf, Luftnot, Asthma, Lungenentzündung, chron. Bronchitis)			
Magen-/ Darmerkrankung			
Leber- und Gallenerkrankungen / Gelbsucht			
Blasen-/ Nierenerkrankung			
Hauterkrankungen / Hautprobleme / Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Ekzeme)			
Psychosomatische Erkrankungen			
Sonstige			

TROPENMEDIZINISCHE AUFKLÄRUNG DURCH	Hausarzt	Tropeninstitut	Internet	Sonstige
Impfberatung				
Informationen zum Reiseland				
Informationen zur Basis-Hygiene				
Informationen zum Mückenschutz (Expositionsprophylaxe)				
Informationen zur Reiseapotheke				
ARZTLICHE UNTERSUCHUNG				
Untersuchung	normal	auffällig	Ergebnis unbekannt	Nicht durchgeführt
Blutbild				
Leberwerte				
Nierenwerte				
HIV				
Hepatitis				
Urinstatus				
Sonstige				
IMPFUNGEN				
Impfschutz überprüft gegen:	Impfbuchkontrolle		Blut-/Hauttest	
Tetanus				
Diphtherie				
Keuchhusten				
Poliomyelitis (Kinderlähmung)				
Hepatitis A				
Hepatitis B				
Masern-Mumps-Röteln				
Windpocken				
Meningokokken				
FSME (Zecken)				

Influenza (Grippe)		
Gelbfieber		
Cholera		
Typhus		
Japanische Enzephalitis		
Tuberkulose		

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND WÄHREND AUSLANDSAUFENTHALT			
KRANKHEITSZEICHEN	Arzt Diagnose	Selbstdiagnose	Medikamenteneinnahme?
unklares Fieber			
anhaltende Durchfälle			
anhaltender Hustenreiz (> 4 Wochen)			
starker Gewichtsverlust			
Lymphknotenschwellung			
Hautveränderungen			
Magenschmerzen/Verdauungsbeschwerden			
Kopfschmerzen/Schwindel			
Chronische Müdigkeit/Schlafstörungen			
Rückenschmerzen/Nackenverspannungen /Schulterschmerzen			
Herzrasen/Schweißausbrüche			
Depressionen/Ängste			
Unruhe			
Konzentrationsschwäche			
Sonstige			
DIAGNOSTIZIERTE KRANKHEITEN:			
Medikamenteneinnahme:			
UNFÄLLE / VERLETZUNGEN			

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND NACH DEM AUSLANDSAUFENTHALT			
KRANKHEITSZEICHEN	Arzt Diagnose	Selbstdiagnose	Medikamenteneinnahme
unklares Fieber			
anhaltende Durchfälle			

anhaltender Hustenreiz (> 4 Wochen)				
starker Gewichtsverlust				
generalisierte Lymphknotenschwellung				
erhöhte Eosinophilenzahl				
Hautveränderungen				
Magenschmerzen/Verdauungsbeschwerden				
Kopfschmerzen/Schwindel				
Chronische Müdigkeit/Schlafstörungen				
Rückenschmerzen/Nackenverspannungen/ Schulterschmerzen				
Herzrasen/Schweißausbrüche				
Depression/Ängste				
Unruhe				
Konzentrationsschwäche				
Sonstige				
ARZTLICHE UNTERSUCHUNG ZEITNAH NACH RÜCKKEHR (BIS 6 MONATE)				
Untersuchung	Normal	Auffällig	Ergebnis unbekannt	Nicht durchgeführt
Blutbild groß				
Blutbild klein				
Leberwerte				
Nierenwerte				
HIV-Test				
Hepatitis (Gelbsucht)-Test				
Urinstatus				
Schwangerschaft?		ja		nein
Infektionskrankheiten (Arztdiagnose)		nein		ja
Atemwegserkrankungen				
AIDS				
Durchfallerkrankungen				

Tuberkulose					
Malaria					
Masern					
Keuchhusten					
Tetanus					
Meningitis					
Hepatitis A					
Hepatitis B					
Syphilis					
Schlafkrankheit					
Sonstige:					
Psychische Erkrankungen		nein			ja
Phobien (Angsterkrankung)					
Panikstörungen					
Somatoforme (funktionelle) Störungen					
Depression					
Dysthymie (subklinische Depression)					
Suchterkrankung (z.B. Alkohol/ Tabletten)					
Psychosen					
Sonstige Erkrankungen					
GESUNDHEITLICHE SPÄTFOLGEN DES AUSLANDSAUFENTHALTES (BIS 3 JAHRE)					
	Diagnose, falls bekannt				
Hauterkrankungen					
Magen-/ Darmerkrankungen					
Sonstige Erkrankungen					

Diesen Fragebogen bitte per Mail senden an Fides Piepenbrink: fidespiepenbrink@web.de

Im Voraus besten Dank für Ihre Hilfe!

(Quellen:
Robert-Koch-Institut
DGUV 2010 (G35)
Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin)

Anhang 5. Anschreiben Experten/-innen

Fides Piepenbrink
Schmalzmarkt 3
97070 Würzburg


fidespiepenbrink@web.de
0151 / 50619057
0931 / 40636036



Würzburg, 15.01.15

Sehr ,

Mein Name ist Fides Piepenbrink, ich bin Zahnärztin und arbeite derzeit zusammen mit Prof. Dr. Stich von der Tropenmedizinischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg an einer Dissertation zum Thema „Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst“.

Zu diesem Thema würde ich Sie gerne als Expert  interviewen. Bei dem Interview handelt es sich um vier Fragen mit einem Zeitbedarf von insgesamt ca. 20 min. Zum Überblick habe ich Ihnen die Fragen schon einmal angehängt.

Neben Ihnen werde ich noch drei weitere Personen mit jeweils anderen Fachgebieten bzw. Erfahrungen zum Thema befragen. Mit Teilnahme am Interview willigen Sie in die Verarbeitung und Nutzung der Daten zum o.g. Zweck ein. Alle Angaben werden anonymisiert und unterliegen der Schweigepflicht. Der Widerruf dieser Einwilligung ist bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung jederzeit möglich.

Nach Abschluss der Arbeit lasse ich Ihnen gerne eine Zusammenfassung der Ergebnisse zukommen.

Über eine Rückmeldung mit Terminvorschlag für ein persönliches Interview würde ich mich sehr freuen!

Im Voraus besten Dank für Ihre Hilfe!

Freundliche Grüße

Fides Piepenbrink

Anhang:

Interviewleitfaden

Anhang 6. Struktur Experteninterview Entsendeorganisation

Experteninterview zum Thema „Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst“

Entsendeorganisation

Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst

- (1) Als Entsendeorganisation führen Sie im Rahmen der Auslandsdienste mit Ihren Freiwilligen Vor-, Zwischen- und Rückkehrseminare durch. Um welche Inhalte handelt es sich bei diesen insbesondere bzgl. der physischen und psychischen Gesundheit der Freiwilligen?
- (2) Die Kosten für eine medizinische Vorsorge der Freiwilligen werden von Ihrer Organisation übernommen. Bestehen dabei Ihrerseits besondere Empfehlungen oder Vorschriften bzgl. einer reisemedizinischen Gesundheitsberatung und wenn ja, welche?
- (3) Ihre Organisation sorgt mit Übernahme eines Versicherungsschutzes u.a. bei Krankheit und Unfall auch während des Auslandsaufenthaltes für eine medizinische Versorgung der Freiwilligen.
 - a. Wie erfahren Sie von Krankheit oder Unfall der Freiwilligen?
 - b. Wie können Sie in diesen Fällen kurzfristig Hilfestellung leisten?
 - c. Inwiefern besteht bei Krankheit oder Unfall Kontakt zwischen Ihnen und den Freiwilligen bzw. den behandelnden Ärzten?
 - d. Haben Sie auch nach der Rückkehr Kontakt zu den erkrankten Freiwilligen bzw. werden Sie über den Gesundheitszustand informiert?
- (4) Wie werden bei Ihrer Organisation Informationen zum Gesundheitszustand (Eignung, z.B. Tropentauglichkeit) bzw. Erkrankungen (ggf. Krankmeldungen) und Unfälle (Unfallanzeigen) der Freiwilligen dokumentiert?
- (5) Wissenschaftlich wurde bislang nicht festgehalten, ob und wie häufig Freiwillige im Auslandsdienst erkranken. Wie sollte dies Ihrer Meinung nach in Zukunft dokumentiert werden?

Anhang 7. Struktur Experteninterview Tropenmedizin

Experteninterview zum Thema „Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst“

Tropenmediziner / in

Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst

- (1) Entsendeorganisationen wie z.B. der BDKJ Würzburg übernehmen die Kosten für eine medizinische Vorsorge der Freiwilligen. Die Entscheidung für den Ort der Gesundheitsberatung liegt allerdings bislang bei den Freiwilligen selbst. Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie diesbezüglich?
- (2) In Ihrer Klinik werden seit vielen Jahren Gesundheitsberatungen vor Fernreisen durchgeführt.
 - a. Welche Themen beinhaltet eine solche Beratung insbesondere bei einem Freiwilligen vor dessen Auslandsdienst?
 - b. Werden im Rahmen einer Beratung auch Untersuchungen zum aktuellen Gesundheitszustand der Freiwilligen durchgeführt?
- (3) Die Freiwilligen des BDKJ Bamberg und Würzburg, sowie die des Internationalen Freiwilligendienstes der Erzdiözese München und Freising reisen fast ausschließlich nach Südamerika, Afrika und Indien. Je nach Reiseland und Tätigkeit sind die Freiwilligen während ihres Auslandsdienstes unterschiedlichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt.
 - a. Welche dieser Reiseländer bergen insbesondere gesundheitliche Gefahren für die Freiwilligen?
 - b. In welchen Tätigkeiten sehen Sie die Freiwilligen insbesondere gesundheitlich gefährdet?
 - c. Welche Erkrankungen sind Ihrer Erfahrung nach besonders häufig bei Freiwilligen im Auslandsdienst?
 - d. Bei welchen dieser Krankheiten sind Langzeitfolgen zu erwarten?
- (4) Wissenschaftlich wurde bislang nicht festgehalten, ob und wie häufig Freiwillige im Auslandsdienst erkranken. Wie sollte dies Ihrer Meinung nach in Zukunft dokumentiert werden?

Anhang 8. Struktur Experteninterview Freiwillige

Experteninterview zum Thema „Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst“

Freiwillige / r

Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst

- (1) Entsendeorganisationen wie z.B. der BDKJ Würzburg übernehmen die Kosten für eine medizinische Vorsorge der Freiwilligen. Die Entscheidung für den Ort der Gesundheitsberatung liegt allerdings bislang bei den Freiwilligen selbst.
 - a. Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie diesbezüglich?
 - b. Wo hatten Sie sich vor Ihrem Auslandsdienst reisemedizinisch informiert bzw. beraten lassen?

- (2) Sie sind nach eigenen Angaben während Ihres Auslandsdienstes erkrankt.
 - a. An wen haben Sie sich bei Eintritt ihrer Erkrankung gewendet und wie verlief die Behandlung vor Ort?
 - b. Bestand während Ihrer Erkrankung Kontakt zur Entsendeorganisation?
 - c. Wie und wo wurden Sie nach Ihrer Rückkehr in Deutschland weiterbehandelt bzw. in welcher Form fanden Nachsorgeuntersuchungen statt?

- (3) Freiwillige sind während ihrer Auslandsdienste physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt.
 - a. Welchen Stellenwert räumen Sie Ihren eigenen Erfahrungen nach den seelischen Belastungen hierbei ein?
 - b. Was hat Ihnen geholfen, mit den seelischen Belastungen zurecht zu kommen?

- (4) Wissenschaftlich wurde bislang nicht festgehalten, ob und wie häufig Freiwillige im Auslandsdienst erkranken. Wie sollte dies Ihrer Meinung nach in Zukunft dokumentiert werden?

Anhang 9. Struktur Experteninterview Psychologie

Experteninterview zum Thema „Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst“

Psychologe / in

Gesundheit im freiwilligen Auslandsdienst

- (1) Freiwillige sind während ihrer Auslandsdienste physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt.
 - a. Welchen Stellenwert räumen Sie den psychischen Belastungen hierbei ein?
 - b. Welche Erfahrungen sind Ihrer Meinung nach insbesondere seelisch belastend für die Freiwilligen und inwiefern spielt dabei die ausgeübte Tätigkeit eine Rolle?
 - c. Auf welche Art und Weise können sich psychische Belastungen bei den Freiwilligen noch während ihrer Auslandsaufenthalte bemerkbar machen?

- (2) Die Rückkehr in die Heimat bedeutet nicht unbedingt zugleich eine psychische Entlastung für die Freiwilligen.
 - a. Wie wirkt sich die Rückkehr ins Heimatland bei vorausgegangenem seelischen Belastungen aus?
 - b. Inwiefern können sich Erfahrungen erst mit oder nach der Rückkehr als seelisch belastend erweisen?
 - c. Machen sich psychische Belastungen im Rahmen freiwilliger Auslandsdienste Ihrer Erfahrung nach häufiger während oder nach den Auslandsaufenthalten bemerkbar?
 - d. Wie hoch schätzen Sie das Risiko ein, dass psychische Erkrankungen als Langzeitfolge freiwilliger Auslandsdienste auftreten?
 - e. Welche Erkrankungen sind hierbei besonders häufig zu beobachten?

- (3) Entsendeorganisationen wie z.B. der BDKJ Würzburg führen im Rahmen der Auslandsaufenthalte mit den Freiwilligen Vor-, Zwischen- und Rückkehrerseminare durch.
 - a. Wie werden die Freiwilligen im Vorseminar auf bevorstehende psychische Belastungen konkret vorbereitet?
 - b. Inwiefern werden in den Zwischen- und Rückkehrerseminaren die psychischen Belastungen thematisiert?

- (4) Wissenschaftlich wurde bislang nicht festgehalten, inwiefern und wie häufig Freiwillige im Rahmen von Auslandsdiensten erkranken. Wie sollte dies Ihrer Meinung nach in Zukunft dokumentiert werden?

Anhang 10. Beispiel für die Schritte einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse, Auszug Experteninterview Tropenmedizin

Interview Experte/in Tropenmedizin am 25.03.2015

Dauer des Interviews: 00:13:21-9

Interviewer: Fides Piepenbrink
Befragter: Experte/in Tropenmedizin

ORIGINALTEXT (Z.8 – 195)	REDUZierter TEXT	ZUSAMMENFASSUNG
<p>I: Also, Entscheideorganisationen wie der BDKJ Würzburg übernehmen ja die Kosten für eine medizinische Vorsorge der Freiwilligen. Die Entscheidung für den Ort der Gesundheitsberatung liegt bislang bei den Freiwilligen selbst. Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie diesbezüglich?</p> <p>B: Ich denke, die Freiwilligen müssen wissen, wo sie sich hinwenden können. Und dann wäre sicherlich hilfreich eine Liste geeigneter Organisationen oder Kliniken, Institute zu haben, an die sie sich wenden können. Das können dann tropenmedizinische Einrichtungen natürlich sein oder aber auch Arbeitsmediziner, die sich bereitklärt haben, solche Untersuchungen zu machen.</p>	<p>I: Übernahme Kosten für medizinische Vorsorge der Freiwilligen durch Entscheideorganisation (wie BDKJ Würzburg). Entscheidung für Ort der Gesundheitsberatung liegt bei Freiwilligen. Welche Verbesserungsmöglichkeiten?</p> <p>B: Freiwilligen Liste geeigneter Organisationen, Kliniken und Institute (tropenmedizinische Einrichtungen/ Arbeitsmediziner) aushändigen.</p>	<p>Mit Aushändigen einer Liste geeigneter (für Gesundheitsberatung/ medizinische Vorsorge) Organisationen, Kliniken und Institute (tropenmedizinische Einrichtungen/ Arbeitsmediziner) würden Freiwillige bei Entscheidung für Ort der Gesundheitsberatung unterstützt werden.</p>
<p>I: Mhm. Hier in Ihrer Klinik werden ja seit vielen Jahren Gesundheitsberatungen vor Fernreisen durchgeführt. Welche Themen beinhaltet eine solche Beratung eben insbesondere bei einem Freiwilligen vor dessen Auslandsaufenthalt?</p> <p>B: Also im Rahmen einer solchen Vorsorgeuntersuchung erfolgt grundsätzlich eine Beratung und Aufklärung über das Malarisiko und über zu empfehlende Impfungen, ja. Dabei auch eine Durchsicht der Impfdokumentation und auf der Basis dieser Impfdokumentation erfolgt dann in Ergänzung die Beratung, was erforderlich wäre und falls gewünscht auch umgehend eine Impfung. Ja, je nachdem wie viel</p>	<p>I: Themen der seit vielen Jahren von Klinik durchgeführten Gesundheitsberatungen vor Fernreisen von Freiwilligen?</p> <p>B: Vorsorgeuntersuchung beinhaltet Beratung und Aufklärung über Malarisiko, zu empfehlende Impfungen und Durchsicht der Impfdokumentation (ist Basis für Beratung, ggf. Impfung bzw. Impfpfplan – je nach Zeitraum bis zur Ausreise).</p>	<p>Vorsorgeuntersuchung vor Fernreisen von Freiwilligen beinhaltet Beratung und Aufklärung über Malarisiko, zu empfehlende Impfungen und Durchsicht der Impfdokumentation (ist Basis für Beratung, ggf. Impfung bzw. Impfpfplan – je nach Zeitraum bis zur Ausreise). Informationsübermittlung in Beratungsgespräch begrenzt, deshalb Seminar für Ausreisende empfohlen. Durchführung dieser in Vergangenheit für bestimmte Gruppen von Ausreisenden (wie z.B. weltwärts/ Schüler). Seminar erlaubt detaillierteres Eingehen auf einzelne Probleme – umfassende Aufklärung über Gesundheitsprobleme, Schutzmaßnahmen, Informationen zum Handeln vor Ort im Krankheitsfall erfordert aber noch mehr Zeit.</p>

Anhang 11. Beispiel für die Auswertung eines Einzelinterviews, Auszug Experteninterview Tropenmedizin

EGFATM02 INTERVIEW EXPERTE/IN TROPENMEDIZIN		NR.	TEXTBESTANDTEILE
HAUPTKATEGORIE	KATEGORIE/ UNTERKATEGORIE		
Vorbereitung	Reisemedizinische Gesundheitsberatung 1. Verbesserungsmöglichkeiten bzgl. Empfehlung für Ort 2. Themen Gesundheitsberatung 3. Untersuchungen zum aktuellen Gesundheitszustand 4. Involvierung in Vorseminare	1 + 2	<p>1. Mit Aushändigen einer Liste geeigneter (für Gesundheitsberatung/ medizinische Vorsorge) Organisationen, Kliniken und Institute (tropenmedizinische Einrichtungen/ Arbeitsmediziner) würden Freiwillige bei Entscheidung für Ort der Gesundheitsberatung unterstützt werden.</p> <p>2. Vorsorgeuntersuchung vor Fernreisen von Freiwilligen beinhaltet Beratung und Aufklärung über Malarisiko, zu empfehlende Impfungen und Durchsicht der Impfdokumentation (ist Basis für Beratung, ggf. Impfung bzw. Impfplan – je nach Zeitraum bis zur Ausreise).</p> <p>Informationsvermittlung in Beratungsgespräch begrenzt, deshalb Seminar für Ausreisende empfohlen. Durchführung dieser in Vergangenheit für bestimmte Gruppen von Ausreisenden (wie z.B. weithwärts/ Schüler). Seminar erlaubt detaillierteres Eingehen auf einzelne Probleme – umfassende Aufklärung über Gesundheitsprobleme, Schutzmaßnahmen, Informationen zum Handeln vor Ort im Krankheitsfall erfordert aber noch mehr Zeit.</p> <p>Selbst Zeit für Gesundheitsthemen bei Schulungen im Rahmen von Safety and Security Seminaren für AGEH mit etwa sechs Stunden zu knapp.</p> <p>3. Untersuchung zum aktuellen Gesundheitszustand der Freiwilligen nur auf Wunsch von Entscheideorganisation/ kommerziellen Entscheidern.</p> <p>Untersuchung dann meist nach Standard G35: internistische Basisuntersuchung, Erhebung der Anamnese (und ggf. gezielte Untersuchungen), Basis-Laboruntersuchung (z.B. Blutbild, Leberwerte, Nierenfunktion, Urinstatus).</p> <p>Keine Untersuchung bei Vorstellung ausschließlich zur Beratung (Malaria prophylaxe und Impfungen).</p> <p>Spezialisierte Untersuchungen erforderlich bei Rückkehr mit auffälliger Anamnese (Hinweis auf spezielle Gefährdungen).</p> <p>4. Nicht in Vorbereitungsseminare (z.B. BDKJ Würzburg) involviert, aber für AGEH regelmäßig tätig.</p>
Erkrankung	Gesundheitliche Gefahren und Erkrankungen 1. Gesundheitliche Gefahren bzgl. Reiseländer 2. Gesundheitliche Gefahren bzgl. Tätigkeit 3. Häufige Erkrankungen	3	<p>1. Infektionskrankheiten als Beispiel für speziell den Ländern in Südamerika, Afrika und Indien inne wohnenden Risiken. Malaria (tropische und subtropische Länder) mit unterschiedlicher Häufigkeit.</p> <p>Auch innerhalb eines Landes Unterschiede im Risiko: höchstes Risiko für Malariaübertragung in Westafrika und Zentralafrika, im Hochland von Kenia andere Beurteilung, im Hochland von Bolivien keine Übertragungswahrscheinlichkeit.</p> <p>Sehr differenzierte Betrachtung wichtig, keine pauschale Aussage möglich.</p> <p>Malaria muss als Thema diskutiert werden, da bei Langzeitaufenthalt häufig Reisen in Nachbarländer in denen Exposition möglicherweise anders ist.</p> <p>Möglichkeiten der Übertragungen von Virusinfektionen durch Vektoren (häufig Mosquitos) –</p>

Anhang 12. Beispiel für die vergleichende Betrachtungsweise, Kategorie Ausblick

VERGLEICHENDE BETRACHTUNGSWEISE

INTERVIEWS: EGFAEO01, EGFAFM02, EGFAFW03, EGFAPL04

KATEGORIE: Ausblick: Dokumentation von Erkrankungen im Rahmen des Auslandsdienstes in Zukunft

EGFAEO01	EGFAFM02	EGFAFW03	EGFAPL04
<p>Für Möglichkeiten zur besseren Dokumentation von Erkrankungen Freiwilliger im Auslandsdienst, Empfehlung an Freiwillige für ausführliche Untersuchung (anhand Manuskript von Prof. Stich) vor Ausreise sowie Nachuntersuchung im Vergleich. Kosten für Nachuntersuchung werden nicht übernommen, deshalb nur Empfehlung und keine Verpflichtung möglich. Hoffnung, dass Empfehlung von allen genutzt und im Krankheitsfall Entscheideorganisation informiert wird. Keine gesetzliche Grundlage für Einführung einer verpflichtenden Nachuntersuchung. Bei Kostenübernahme für Nachuntersuchung durch Entscheideorganisation ist damit zu rechnen, dass Freiwillige diese konsequenter durchführen.</p>	<p>Strukturierter Fragebogen für Erhebung valider wissenschaftlicher Daten – bzgl. Erkrankungen Freiwilliger im Auslandsdienst – mit möglichst prospektiver Durchführung notwendig. Zudem Empfehlung für strukturiertes Seminar vor Ausreise (Vermittlung Basisverständnis), Erinnerung in regelmäßigen Abständen (z.B. im Drei-Monats-Abstand) zum Ausfüllen des Fragebogens sowie Interview zum Abschluss des Auslandsaufenthaltes. Qualität der Daten leidet bei nicht zeitnaher Dokumentation: zweitägige Durchfallerkrankung wird zu einwöchiger Durchfallerkrankung, Begleitsymptome unpräzise, Banalität oder gravierendes medizinisches Problem, Auswirkungen auf die Tätigkeit (Tätigkeit fern bleiben, Zuhause im Bett bleiben, Arzt aufsuchen).</p>	<p>Dokumentation von Erkrankungen Freiwilliger im Auslandsdienst sehr wichtig. Verstärktes Augenmerk auf Art der Erkrankung, insbesondere in Bezug auf seelische Belastungen. Bei nennenswerter Erkrankung Meldung durch Freiwillige – Listung sollte durch Entscheideorganisation erfolgen. Zentrale Bündelung der Meldungen und Entscheideorganisationen (z.B. weitwärts, kulturweit etc.) zur Verfügung stellen. Bündelung der Daten hinsichtlich der Erkenntnis mit entsprechender Reaktion, ob Einsatzregion zu gefährlich für junge, unerfahrene Leute. Denkbar, dass sich Freiwillige durch jugendlichen Leichtsinns Gefahren aussetzen. Wenn notwendig auch kurzfristig in Vorbereitung oder während Auslandsaufenthalt reagieren und Einsatzort ändern.</p>	<p>Beachtung wissenschaftlicher Dokumentation über Häufigkeit und Art psychischer Erkrankungen im Auslandsdienst aus Verantwortlichkeit der Entscheideorganisation notwendig, aber systematisches methodisches Problem: Diagnoseberechtigt sind Psychotherapeuten, nicht andere Professionen, wie z.B. Sozialpädagogen, die i.d.R. in Organisationen arbeiten.</p>

7 Literaturverzeichnis

- Ahlm, Clas; Lundberg, Sonia; Fessé, Kerstin; u. a. (1994): Health Problems and Self-medication among Swedish Travellers, in: *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, Jg. 26, Nr. 6, S. 711–717, doi: 10.3109/00365549409008640.
- Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. (Hrsg.) (2009): *Freiwillige in internationalen Freiwilligendiensten 2008*, Bonn.
- Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. (Hrsg.) (2010): *Freiwillige in internationalen Freiwilligendiensten 2009*, Bonn.
- Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. (Hrsg.) (2011): *Freiwillige in internationalen Freiwilligendiensten 2010*, Bonn.
- Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. (Hrsg.) (2012): *Freiwillige in internationalen Freiwilligendiensten 2011*, Bonn.
- Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. (Hrsg.) (2013): *Freiwillige in internationalen Freiwilligendiensten 2012*, Bonn.
- Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. (Hrsg.) (2014): *Freiwillige in internationalen Freiwilligendiensten 2013*, Bonn.
- Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. (Hrsg.) (2015): *Freiwillige in internationalen Freiwilligendiensten 2014*, Bonn.
- Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. (Hrsg.) (2016): *Freiwillige in internationalen Freiwilligendiensten 2015*, Bonn.
- Arbeitskreis „Lernen und Helfen in Übersee“ e.V. (Hrsg.) (2017): *Freiwillige in internationalen Freiwilligendiensten 2016*, Bonn.
- Auswärtiges Amt (2018): Auswärtiges Amt - Tansania: Reise- und Sicherheits-hinweise, *Auswärtiges Amt DE*, [online] <https://www.auswaertiges-amt.de/de/aussenpolitik/laender/tansania-node/tansaniasicherheit/208662> [19.06.2018].
- Bhatta, Prakash; Simkhada, Padam; van Teijlingen, Edwin; u. a. (2009): A Questionnaire Study of Voluntary Service Overseas (VSO) Volunteers: Health Risk and Problems Encountered, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 16, Nr. 5, S. 332–337, doi: 10.1111/j.1708-8305.2009.00342.x.
- Boggild, Andrea K.; Costiniuk, Cecilia; Kain, Kevin C.; u. a. (2007): Environmental Hazards in Nepal: Altitude Illness, Environmental Exposures, Injuries, and Bites in Travelers and Expatriates, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 14, Nr. 6, S. 361–368, doi: 10.1111/j.1708-8305.2007.00145.x.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg.) (2007): *Richtlinie zur Umsetzung des entwicklungspolitischen Freiwilligendienstes „weltwärts“*, Bonn.

CDC-Centers for Disease Control and Prevention (2014): CDC - Dengue - Epidemiology, [online] <https://www.cdc.gov/dengue/epidemiology/index.html> [10.04.2018].

CDC-Centers for Disease Control and Prevention (2017): CDC - Malaria - Travelers - Risk Assessment, [online] https://www.cdc.gov/malaria/travelers/risk_assessment.html [07.04.2018].

Chatterjee, Santanu (1999): Compliance of malaria chemoprophylaxis among travelers to India, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 6, Nr. 1, S. 7–11, doi: 10.2310/7060.1999.00003.

Cossar, Jonathan H.; Reid, Daniel; Fallon, R. J.; u. a. (1990): A cumulative review of studies on travellers, their experience of illness and the implications of these findings, in: *Journal of Infection*, Jg. 21, Nr. 1, S. 27–42, doi: 10.1016/0163-4453(90)90600-D.

Croughs, Mieke; Van Gompel, Alfons; De Boer, Elly; u. a. (2008): Sexual Risk Behavior of Travelers who Consulted a Pretravel Clinic, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 15, Nr. 1, S. 6–12, doi: 10.1111/j.1708-8305.2007.00160.x.

Dahlgren, Atti-La; DeRoo, Lisa; Avril, Jacqueline; u. a. (2009): Health Risks and Risk-Taking Behaviors Among International Committee of the Red Cross (ICRC) Expatriates Returning From Humanitarian Missions, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 16, Nr. 6, S. 382–390, doi: 10.1111/j.1708-8305.2009.00350.x.

Deeke, Axel (1995): *Experteninterviews - ein methodologisches und forschungspraktisches Problem. Einleitende Bemerkungen und Fragen zum Workshop. In: C. Brinkmann, A. Deeke & B. Völkel (Hrsg.), Experteninterviews in der Arbeitsmarktforschung. Diskussionsbeiträge zu methodischen Fragen und praktischen Erfahrungen. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 191.*, Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.

Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (Hrsg.) (2013): *weltwärts mit der GIZ*, Bonn.

Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. (2018a): Impfungen - Empfehlungen zu Reiseimpfungen, *dtg.org*, [online] <https://www.dtg.org/empfehlungen-und-leitlinien/empfehlungen/impfungen.html> [04.09.2018].

- Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. (2018b): Malariaempfehlungen, *dtg.org*, [online] <http://www.dtg.org/empfehlungen-und-leitlinien/empfehlungen/malaria.html> [18.06.2018].
- Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. (2020): Weltwärts: Informationen für Ärzte, [online] <https://www.dtg.org/liste-tropenmedizinischer-institutionen/weltwaerts-informationen-fueraerzte.html> [15.06.2020].
- Dia, Aïssata; Gautret, Philippe; Adheossi, Eric; u. a. (2010): Illness in French Travelers to Senegal: Prospective Cohort Follow-up and Sentinel Surveillance Data, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 17, Nr. 5, S. 296–302, doi: 10.1111/j.1708-8305.2010.00439.x.
- DuPont, Herbert L.; Ericsson, Charles D.; Farthing, Michael JG; u. a. (2009): Expert review of the evidence base for prevention of travelers' diarrhea, in: *Journal of travel medicine*, Jg. 16, Nr. 3, S. 149–160, doi: 10.1111/j.1708-8305.2008.00299.x.
- DuPont, Herbert L.; Khan, Fida M. (1994): Travelers' diarrhea: epidemiology, microbiology, prevention, and therapy, in: *Journal of travel medicine*, Jg. 1, Nr. 2, S. 84–93, doi: 10.1111/j.1708-8305.1994.tb00568.x.
- Ebel, Thomas; Meyermann, Alexia (2015): Hinweise zur Anonymisierung von quantitativen Daten, in: Forschungsdatenzentrum (FDZ) Bildung am DIPFDeutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (Hrsg.), Frankfurt/ Main (forschungsdaten bildung informiert).
- Engels, Dietrich; Leucht, Martina; Machalowski, Gerhard; Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e. V. (Hrsg.) (2005): *Evaluation des freiwilligen sozialen Jahres und des freiwilligen ökologischen Jahres*, Köln / Berlin: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Euler, Hartwig; Verein zur Förderung der entwicklungspolitischen Publizistik e.V. (Hrsg.) (2007): *Lernen und tatkräftiges Helfen*, Frankfurt/ Main.
- Fedor, Agnieszka; Bojanowski, Ignacy; Korzeniewski, Krzysztof (2019): Gastrointestinal infections in returned travelers, in: *International Maritime Health*, Jg. 70, Nr. 4, S. 244–251, doi: 10.5603/IMH.2019.0039.
- Flick, Uwe (2014): *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*, 9., erw. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Freedman, David O.; Weld, Leisa H.; Kozarsky, Phyllis E.; u. a. (2006): Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers, in: *New England Journal of Medicine*, Jg. 354, Nr. 2, S. 119–130, doi: 10.1056/NEJMoa051331.

- Für soziales Leben e.V. (2016): Freiwilligendienst im Ausland, *Auslandsfreiwilligendienst*, [online] <http://www.auslandsfreiwilligendienst.de/> [28.05.2016].
- Goodyer, Larry; Gibbs, J. (2004): Medical supplies for travelers to developing countries, in: *Journal of travel medicine*, Jg. 11, Nr. 4, S. 208–212, doi: 10.2310/7060.2004.19003.
- Hamer, Davidson H.; Ruffing, Ronald; Callahan, Michael V.; u. a. (2008): Knowledge and Use of Measures to Reduce Health Risks by Corporate Expatriate Employees in Western Ghana, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 15, Nr. 4, S. 237–242, doi: 10.1111/j.1708-8305.2008.00214.x.
- Hargarten, Stephen W.; Baker, Susan P. (1985): Fatalities in the Peace Corps: A Retrospective Study: 1962 Through 1983, in: *JAMA*, Jg. 254, Nr. 10, S. 1326, doi: 10.1001/jama.1985.03360100076017.
- Hartjes, Laurie B.; Baumann, Linda C.; Henriques, Jeffrey B. (2009): Travel Health Risk Perceptions and Prevention Behaviors of US Study Abroad Students, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 16, Nr. 5, S. 338–343, doi: 10.1111/j.1708-8305.2009.00322.x.
- Hatz, Christoph; Krause, Erik; Grundmann, Hajo (1997): Travel advice: a study among Swiss and German general practitioners, in: *Tropical Medicine & International Health*, Jg. 2, Nr. 1, S. 6–12, doi: 10.1046/j.1365-3156.1997.d01-130.x.
- Hill, David R. (2006): Health Problems in a Large Cohort of Americans Traveling to Developing Countries, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 7, Nr. 5, S. 259–266, doi: 10.2310/7060.2000.00075.
- Horvath, Lynn L.; Murray, Clinton K.; DuPont, Herbert L. (2003): Travel Health Information at Commercial Travel Websites, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 10, Nr. 5, S. 272–279, doi: 10.2310/7060.2003.2699.
- Krettenauer, Tobias; Gudulas, Niki (2003): Motive für einen Freiwilligendienst und die Identitätsentwicklung im späten Jugendalter., in: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, Jg. 35, Nr. 4, S. 221–228, doi: 10.1026//0049-8637.35.4.221.
- Laver, Susan M.; Wetzels, Joyce; Behrens, Ron H. (2001): Knowledge of malaria, risk perception, and compliance with prophylaxis and personal and environmental preventive measures in travelers exiting Zimbabwe from Harare and Victoria Falls International airport, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 8, Nr. 6, S. 298–303, doi: 10.2310/7060.2001.23975.
- Leder, Karin; Wilson, Mary E.; Freedman, David O.; u. a. (2008): A Comparative Analysis of Methodological Approaches Used for Estimating Risk in

- Travel Medicine: Table 1, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 15, Nr. 4, S. 263–272, doi: 10.1111/j.1708-8305.2008.00218.x.
- Liebig, Reinhard (2009): *Freiwilligendienste als außerschulische Bildungsinstitution für benachteiligte junge Menschen: Machbarkeitsstudie*, 1. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss (Empirische Studien zum bürgerschaftlichen Engagement).
- Lopez-Velez, Rogelio; Bayas, Jose-Maria (2007): Spanish Travelers to High-Risk Areas in the Tropics: Airport Survey of Travel Health Knowledge, Attitudes, and Practices in Vaccination and Malaria Prevention, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 14, Nr. 5, S. 297–305, doi: 10.1111/j.1708-8305.2007.00142.x.
- Martin, J.; Rieke, B.; Neppach, K.; u. a. (2012): Risks to Young Volunteers in International Social Projects, in: *Annals of Occupational Hygiene*, Jg. 56, Nr. 2, S. 242–252, doi: 10.1093/annhyg/mer104.
- Martin, Jennifer (2012): *Infektionsrisiken junger Freiwilliger bei internationalen Sozialprojekten von Non-Governmental Organizations*, Aachen: Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule.
- Mayring, Philipp (1983): *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*, Weinheim, Basel: Beltz.
- Meiser-Stedman, Richard; Yule, William; Smith, Patrick; u. a. (2005): Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents Involved in Assaults or Motor Vehicle Accidents, in: *American Journal of Psychiatry*, Jg. 162, Nr. 7, S. 1381–1383, doi: 10.1176/appi.ajp.162.7.1381.
- Meyermann, Alexia; Porzelt, Maïke (2019): *Datenschutzrechtliche Anforderungen in der empirischen Bildungsforschung – eine Handreichung*, in: DIPF, Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation Verband, Forschungsdaten Bildung (Hrsg.), Frankfurt/ Main (forschungsdaten bildung informiert).
- Meyermann, Alexia; Porzelt, Maïke (2014): *Hinweise zur Anonymisierung von qualitativen Daten*, in: Forschungsdatenzentrum (FDZ) Bildung am DIPF-Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (Hrsg.), Frankfurt/ Main (forschungsdaten bildung informiert).
- Moghaddami-Talemi, Nastaran (2014): *Weltoffen dank "weltwärts"? Zum Erwerb interkultureller Kompetenz am Beispiel des entwicklungspolitischen Freiwilligendienstes*, 1. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Mundorf, Margret (2000): *Christliche Freiwilligendienste im Ausland: Lernprozesse und Auswirkungen auf die Lebensentwürfe junger Menschen ; eine qualitative Studie*, Münster: Waxmann.

- Mutsch, Margot; Spicher, Virginie Masserey; Gut, Christoph; u. a. (2006): Hepatitis A virus infections in travelers, 1988–2004, in: *Clinical infectious diseases*, Jg. 42, Nr. 4, S. 490–497, doi: 10.1086/499816.
- Neppach, Hagen Klemens (2014): Nicht-infektiöse Risiken junger Freiwilliger bei internationalen Sozialprojekten, Aachen: Rheinisch-Westfälische Technischen Hochschule.
- Nothdurft, H. D.; Löscher, T. (1994): Sequelae of imported tropical diseases in Germany, in: *Versicherungsmedizin*, Jg. 46, Nr. 4, S. 135–137.
- Nurthen, Nancy M.; Jung, Paul (2008): Fatalities in the Peace Corps: A Retrospective Study, 1984 to 2003, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 15, Nr. 2, S. 95–101, doi: 10.1111/j.1708-8305.2008.00185.x.
- Patel, Dipti; Easmon, Charles; Seed, Paul; u. a. (2006): Morbidity in expatriates—a prospective cohort study, in: *Occupational Medicine*, Jg. 56, Nr. 5, S. 345–352, doi: 10.1093/occmed/kql026.
- Petridou, Eleni; Dessypris, Nick; Skalkidou, Alkistis; u. a. (1999): Are traffic injuries disproportionately more common among tourists in Greece? Struggling with incomplete data, in: *Accident Analysis & Prevention*, Jg. 31, Nr. 6, S. 611–615, doi: 10.1016/S0001-4575(99)00017-2.
- Prüfer-Krämer, Luise; Boecken, Gerhard; Steiner, Florian; u. a. (2020): Neue einheitliche Rahmenbedingungen für Freiwilligendienst weltweit: Mandatory medical examination pre and post travel for volunteers of the „weltwärts“ programme in Germany, in: *Flugmedizin · Tropenmedizin · Reisemedizin - FTR*, Jg. 27, Nr. 01, S. 20–25, doi: 10.1055/a-1086-2973.
- Rack, Julia; Wichmann, Ole; Kamara, Bai; u. a. (2005): Risk and spectrum of diseases in travelers to popular tourist destinations, in: *Journal of travel medicine*, Jg. 12, Nr. 5, S. 248–253, doi: 10.2310/7060.2005.12502.
- Rahrbach, Andrea; Wüstendörfer, Werner; Arnold, Thomas (1998): *Untersuchung zum freiwilligen sozialen Jahr*, 1. Stuttgart: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).
- Redman, Christopher Allan; MacLennan, Alice; Wilson, Eleanor; u. a. (2006): Diarrhea and Respiratory Symptoms Among Travelers to Asia, Africa, and South and Central America From Scotland, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 13, Nr. 4, S. 203–211, doi: 10.1111/j.1708-8305.2006.00046.x.
- Robert Koch-Institut (2017): Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut – 2017/2018 – Mitteilung der Ständigen

- Impfkommission am Robert Koch-Institut (RKI), in: doi: 10.17886/epibull-2017-044.1.
- Ropers, Gwendolin; Du Ry van Beest Holle, Mirna; Wichmann, Ole; u. a. (2008): Determinants of Malaria Prophylaxis Among German Travelers to Kenya, Senegal, and Thailand, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 15, Nr. 3, S. 162–171, doi: 10.1111/j.1708-8305.2008.00188.x.
- Ropers, Gwendolin; Krause, Gerard; Tiemann, Friedrich; u. a. (2004): Nationwide survey of the role of travel medicine in primary care in Germany, in: *Journal of travel medicine*, Jg. 11, Nr. 5, S. 287–294, doi: 10.2310/7060.2004.19104.
- Ruis, Jerry R.; Van Rijckevorsel, Gini G.C.; Van Den Hoek, Anneke; u. a. (2009): Does Registration of Professionals Improve the Quality of Travelers' Health Advice?, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 16, Nr. 4, S. 263–266, doi: 10.1111/j.1708-8305.2009.00309.x.
- Schnell, Rainer; Hill, Paul B.; Esser, Elke (2011): *Methoden der empirischen Sozialforschung*, 9. München: Oldenbourg.
- Schunk, Mirjam; Wachinger, Wolfgang; Nothdurft, Hans D. (2001): Vaccination status and prophylactic measures of travelers from Germany to subtropical and tropical areas: results of an airport survey, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 8, Nr. 5, S. 260–262.
- Sharp, Trueman W.; DeFraités, Robert F.; Thornton, Scott A.; u. a. (1995): Illness in journalists and relief workers involved in international humanitarian assistance efforts in Somalia, 1992–93, in: *Journal of travel medicine*, Jg. 2, Nr. 2, S. 70–76, doi: 10.1111/j.1708-8305.1995.tb00630.x.
- Sherraden, Margaret S.; Lough, Benjamin; McBride, Amanda Moore (2008): Effects of International Volunteering and Service: Individual and Institutional Predictors, in: *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, Jg. 19, Nr. 4, S. 395–421, doi: 10.1007/s11266-008-9072-x.
- Sing, A; Salzmann, JR; Sing, H; u. a. (2000): Evaluation of health information provided on the internet by airlines with destinations in tropical and subtropical countries, in: *Communicable disease and public health*, Jg. 3, Nr. 3, S. 195–7.
- Steffen, R. (2003): Prophylaxe bei Reisenden in Entwicklungsländer, in: *Flug- und Reisemedizin*, Jg. 10(1), S. 12.
- Steffen, R.; Rickenbach, M.; Wilhelm, U.; u. a. (1987): Health Problems After Travel to Developing Countries, in: *Journal of Infectious Diseases*, Jg. 156, Nr. 1, S. 84–91, doi: 10.1093/infdis/156.1.84.

- Steffen, Robert (2005): Epidemiology of traveler's diarrhea, in: *Clinical Infectious Diseases*, Jg. 41, Nr. Supplement 8, S. 536–540, doi: 10.1086/432948.
- Steffen, Robert; Amitirigala, Isis; Mutsch, Margot (2008): Health Risks Among Travelers—Need for Regular Updates, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 15, Nr. 3, S. 145–146, doi: 10.1111/j.1708-8305.2008.00198.x.
- Steffen, Robert; Lobel, Hans O. (1994): Epidemiologic basis for the practice of travel medicine, in: *Journal of Wilderness Medicine* 5, 56-66, doi: 10.1580/0953-9859-5.1.56.
- Steffen, Robert; Tornieporth, Nadia; Costa Clemens, Sue-Ann; u. a. (2004): Epidemiology of Travelers—Diarrhea: Details of a Global Survey, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 11, Nr. 4, S. 231–238, doi: 10.2310/7060.2004.19007.
- Stemmer, Philipp (2009): Freiwilligendienste in Deutschland, *Eine Expertise zur aktuellen Landschaft der Inlands-und Auslandsfreiwilligendienste in Deutschland. (Hrsg.) vom Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung. Freiburg*, [online] http://www.wzb.eu/sites/default/files/projekte/expertise_stemmer-zze.pdf [02.12.2014].
- Thrower, Yvonne; Goodyer, Larry I. (2006): Application of Insect Repellents by Travelers to Malaria Endemic Areas, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 13, Nr. 4, S. 198–202, doi: 10.1111/j.1708-8305.2006.00051.x.
- Tonellato, Daniel J.; Guse, Clare E.; Hargarten, Stephen W. (2009): Injury Deaths of US Citizens Abroad: New Data Source, Old Travel Problem, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 16, Nr. 5, S. 304–310, doi: 10.1111/j.1708-8305.2009.00318.x.
- Townend, Mike (1998): Sources and appropriateness of medical advice for trekkers, in: *Journal of travel medicine*, Jg. 5, Nr. 2, S. 73–79, doi: 10.1111/j.1708-8305.1998.tb00467.x.
- Van Herck, Koen; Castelli, Francesco; Zuckerman, Jane; u. a. (2004): Knowledge, attitudes and practices in travel-related infectious diseases: the European airport survey, in: *Journal of travel medicine*, Jg. 11, Nr. 1, S. 3–8, doi: 10.2310/7060.2004.13609.
- Waner, S.; Durrhiem, David; Braack, L. E. O.; u. a. (1999): Malaria protection measures used by in-flight travelers to South African game parks, in: *Journal of travel medicine*, Jg. 6, Nr. 4, S. 254–257.
- Wang, Mathyas; Szucs, Thomas D.; Steffen, Robert (2008): Economic Aspects of Travelers' Diarrhea, in: *Journal of Travel Medicine*, Jg. 15, Nr. 2, S. 110–118, doi: 10.1111/j.1708-8305.2008.00189.x.

World Health Organization (2018): WHO | Global status report on road safety 2015, <http://www.who.int>, [online] http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/ [05.05.2018].

DANKSAGUNG

Danken möchte ich an erster Stelle meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. August Stich für die Überlassung des Themas und die freundliche Unterstützung meiner Arbeit.

Mein herzlicher Dank gilt den Freiwilligen für die Beantwortung der Fragebögen sowie den Experten und Expertinnen für die Teilnahme an den Interviews.

Besonders danke ich meiner Patentante, die mich mit ihrem Leben und Wirken als Ärztin in Südafrika von Kindesbeinen an mit den gesundheitlichen Problemen in Entwicklungsländern vertraut gemacht hat.

Von ganzem Herzen danke ich meiner Familie und meinem Partner für die motivierende und liebevolle Unterstützung.

