

Aus der Tropenmedizinischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg
Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. August Stich

**Lebensbedingungen und psychische Gesundheit der Bewohner der
Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber**

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von
Hannah Maïke Albers, geb. Ottmers
aus Göttingen

Würzburg, Juli 2012

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. August Stich
Korreferent: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller
Dekan: Prof. Dr. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 26.02.2013

Die Promovendin ist Ärztin.

*"...beneath the surface of states and nations, ideas and language,
lies the fate of individual human beings in need."*

Kofi Annan anlässlich seiner Verleihung des Friedensnobelpreises 2001

INHALT:

1	EINLEITUNG.....	1
1.1	Problemstellung	1
1.2	Flüchtlinge im internationalen Kontext	2
1.3	Asylrecht in Deutschland	3
1.4	Statistiken zum Asylverfahren in Deutschland	9
1.5	Statistiken zum Asylbewerberleistungsgesetz	13
1.6	Die Situation in Bayern.....	13
1.7	Die Gemeinschaftsunterkunft in Würzburg	14
1.8	Beschreibung der Studienpopulation	16
1.9	Literaturübersicht	17
1.10	Fragestellung und Ziel der Studie	23
2	MATERIAL UND METHODEN.....	24
2.1	Studiendesign.....	24
2.2	Studienpopulation	24
2.3	Fragebögen.....	24
2.4	Übersetzung	30
2.5	Stichprobenauswahl	31
2.6	Anonymität	31
2.7	Datenerhebung	31
2.8	Datenauswertung	32
3	ERGEBNISSE.....	40
3.1	Sozio-demographische Daten	40
3.2	Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und Lebenssituation	43
3.3	Lebensbedingungen in der GU	45
3.4	„Patient Health Questionnaire“	49
3.5	Korrelationen	52
3.6	Offene Fragen	59

4	DISKUSSION	68
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	68
4.2	Limitationen.....	71
4.3	Generalisierbarkeit.....	76
4.4	Beantwortung der Fragestellung	78
4.5	Empfehlungen und weiterer Forschungsbedarf.....	83
5	ZUSAMMENFASSUNG.....	86
6	LITERATURVERZEICHNIS	87
7	TABELLENVERZEICHNIS	91
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	92
9	ANHANG	93
9.1	Fragebogen zu Lebensbedingungen in der Gemeinschaftsunterkunft (deutsche Version).....	94
9.2	Verwendete Version des „Patient Health Questionnaire“ (deutsch)	100
9.3	Beispiele von Auswahlbögen für die Essensausgabe.....	107
10	DANKSAGUNG	

Verwendete Abkürzungen:

- GU Gemeinschaftsunterkunft
- PHQ Patient Health Questionnaire
- TN Teilnehmer

Anmerkung:

In dieser Arbeit wurden, wenn möglich, geschlechtsspezifische oder -neutrale Personenbezeichnungen verwendet. Wenn dies nicht möglich war, ohne den Lesefluss zu behindern, wurde die männliche Bezeichnung verwendet. Personenbezeichnungen, die in der männlichen Form verwendet wurden, gelten dementsprechend für beide Geschlechter, wenn nicht anders angegeben.

1 EINLEITUNG

1.1 Problemstellung

In der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft (GU) für Asylbewerber leben ca. 450 Menschen (Stand: November 2011).¹

Seit 2008 hat die Missionsärztliche Klinik die medizinische Versorgung dieser Bewohner übernommen. Sie betreibt in der Gemeinschaftsunterkunft ein Sprechzimmer, welches jeden Vormittag und Nachmittag von einer Krankenschwester besetzt ist. Nachmittags sind zusätzlich Ärzte verschiedener Fachrichtungen im Wechsel vor Ort.

Die Mitarbeiter der medizinischen Sprechstunde berichten über eine hohe Rate an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen unter den Patienten. Diese Beschwerden werden von vielen Patienten mit ihren aktuellen Lebensbedingungen in der Gemeinschaftsunterkunft in Verbindung gebracht.

Aus diesen Beobachtungen ergeben sich verschiedene Überlegungen. Es stellt sich zunächst die Frage nach der tatsächlichen Prävalenz psychischer Erkrankungen unter den Bewohnern der Gemeinschaftsunterkunft. Unbekannt ist auch, wie die Bewohner ihre aktuellen Lebensbedingungen einschätzen und ob sie sich Stressfaktoren ausgesetzt fühlen.

Schließlich ist von Bedeutung, wie diese beiden Aspekte zusammenspielen: Ob ein Zusammenhang zwischen der Bewertung der Lebensbedingungen durch die Bewohner und ihrer psychischen Gesundheit besteht.

Diese Überlegungen bildeten den Ausgangspunkt der vorliegenden Studie.

1.2 Flüchtlinge im internationalen Kontext

Asylbewerber beantragen in ihrem Asylantrag die offizielle Anerkennung als Flüchtling.

Der Begriff „Flüchtling“ wurde 1951 in der „Genfer Flüchtlingskonvention“ der Vereinten Nationen („Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951“) folgendermaßen definiert:²

"Im Sinne dieses Abkommens findet der Ausdruck "Flüchtling" auf jede Person Anwendung:

*[...] die aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich **außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder die sich als staatenlose infolge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte, und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will.**"*

Die "Genfer Konvention" legt fest, welche Rechte einem Flüchtling in den Unterzeichnerstaaten zugesprochen werden sollten, wie er behandelt werden sollte und welche Unterstützung er erhalten sollte. Auch die Verpflichtungen eines Flüchtlings gegenüber seinem aufnehmenden Staat werden definiert (z.B. die Befolgung der dort geltenden Gesetze).²

Die Anzahl der durch Konflikte oder Verfolgung Vertriebenen erreichte Ende 2010 den höchsten Wert seit mehr als 15 Jahren: Weltweit waren ca. 44 Millionen Menschen auf der Flucht.³

Diese Zahl setzt sich zusammen aus 15,4 Millionen Flüchtlingen, 27,5 Millionen Binnenvertriebenen (die nach der Genfer Konvention nicht zu den Flüchtlingen gehören, da sie sich innerhalb ihres Landes aufhalten) und knapp 900.000 Asylsuchenden.³

Vier Fünftel der Flüchtlinge befanden sich 2010 in Entwicklungsländern, die meisten davon in einem Nachbarland ihres Heimatlandes. Nach UN-Schätzungen leben in Europa 9,7% und in Deutschland 3,6% der weltweiten Flüchtlinge.³

1.3 Asylrecht in Deutschland

Das deutsche Asylrecht ist komplex. Auf Bundesebene sind neben dem Grundgesetz drei Gesetze von Bedeutung: das Aufenthaltsgesetz, das Asylverfahrensgesetz und das Asylbewerberleistungsgesetz.

Die einzelnen Bestimmungen dieser Gesetze haben weitreichende Konsequenzen für die Lebensbedingungen der Asylsuchenden in Deutschland und sind daher im Kontext der vorliegenden Arbeit von Relevanz. Deshalb folgt an dieser Stelle eine kurze Zusammenfassung der aktuellen Gesetzgebung in Deutschland.

1.3.1 Grundgesetz

In der deutschen Verfassung ist mit Artikel 16a GG ein Grundrecht auf Asyl verankert:

Art. 16a Abs. 1 GG: „Politisch Verfolgte genießen Asylrecht.“

Dieses Gesetz gilt somit ausschließlich für *politisch* Verfolgte. Der Artikel 16a wurde 1993 verändert und um Absatz 2 bis 5 ergänzt, welche verschiedene Einschränkungen des Rechtes auf Asyl beinhalten. Absatz 1 gilt seitdem nicht mehr für Personen, welche aus einem Drittstaat eingereist sind „*in dem die Anwendung des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten sichergestellt ist*“ (Art. 16a Abs. 2 GG) oder welche Angehörige von Herkunftsstaaten sind, "*bei denen auf Grund der Rechtslage, der Rechtsanwendung und der allgemeinen politischen Verhältnisse gewährleistet erscheint, dass dort weder politische Verfolgung noch unmenschliche oder erniedrigende Bestrafung oder Behandlung stattfindet.*" (Art. 16a Abs. 3 GG). Als sichere Herkunftsstaaten gelten zur Zeit u.a. die EU-Staaten, Ghana und Senegal.⁴

1.3.2 Aufenthaltsgesetz

Das Aufenthaltsgesetz enthält die verschiedenen Bestimmungen, unter denen ein Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland gewährleistet werden kann.

1.3.2.1 Anerkennung als Flüchtling

§60 Abs.1 des Aufenthaltsgesetzes regelt die Anerkennung der Flüchtlingseigenschaft im Sinne der Genfer Konvention.

1.3.2.2 Abschiebungsverbote

§60, Abs. 2, 3, 5 und 7 des Aufenthaltsgesetzes gewähren sogenannte *"zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote"*⁴. Hierunter fallen *"Gefahren für Freiheit, Leib oder Leben"*⁴, welchen die Person im *"Zielland der Abschiebung"*⁴ ausgesetzt ist.

1.3.2.3 Aufenthaltserlaubnis

Wurde eine Person als asylberechtigt (nach Art 16a GG) oder als Flüchtling anerkannt oder liegt ein Abschiebungsverbot vor, so *muss* bzw. *soll* (je nach gesetzlicher Grundlage) eine **befristete Aufenthaltserlaubnis** erteilt werden (gemäß §25 Aufenthaltsgesetz). Diese Aufenthaltserlaubnis ist häufig auf 1 bis 3 Jahre befristet und kann bei Abwesenheit von Gründen für Widerruf oder Rücknahme verlängert werden (s.u.)⁴

1.3.2.4 Duldung

§60a Absatz 1 bis 5 des Aufenthaltsgesetzes regelt die Erteilung einer Duldung:

§60a Absatz 1: „Die oberste Landesbehörde kann aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland anordnen, dass die Abschiebung von Ausländern aus bestimmten Staaten oder von in sonstiger Weise bestimmten Ausländergruppen allgemein oder in bestimmte Staaten für längstens sechs Monate ausgesetzt wird.“

Die Duldung ist somit eine *"vorübergehende Aussetzung der Abschiebung"*^{5, S.17} *"Duldungen verleihen kein Aufenthaltsrecht. Der Intention des Gesetzgebers zufolge bleibt der Aufenthalt unrechtmäßig; die Pflicht zur unverzüglichen Ausreise besteht fort."*^{5, S.35}

Eine Duldung kann längstens für 6 Monate erteilt werden.

1.3.2.5 Aufenthalt aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen und zum vorübergehenden Schutz

Unter bestimmten Umständen kann eine Aufenthaltserlaubnis aus „*völkerrechtlichen, dringenden humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland*“ (Vgl. §22 und §23 des Aufenthaltsgesetzes) oder zum „*vorübergehenden Schutz*“ (§24 Aufenthaltsgesetz) erteilt werden. Diese Aufenthaltserlaubnis ist unabhängig vom allgemeinen Asylverfahren.

1.3.3 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG)

Das Asylverfahrensgesetz regelt den Ablauf des Asylverfahrens und legt Rahmenbedingungen fest, die für die Antragstellenden während des laufenden Asylverfahrens gelten.

1.3.3.1 Entscheidung über das Asylverfahren

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge entscheidet über das Asylverfahren (§5 AsylVfG). Binnen kurzer Zeit nach einer negativen Entscheidung kann eine Klage beim zuständigen Verwaltungsgericht erhoben werden.

1.3.3.2 Asylfolgeanträge

Unter bestimmten Bedingungen kann eine Person nach einem bereits abgelehnten Asylantrag einen Asylfolgeantrag stellen (§71 AsylVfG).

1.3.3.3 Flughafenverfahren

Unter gewissen Voraussetzungen können Asylanträge direkt am Einreiseflughafen abgewickelt werden. Die Zahl der auf diese Weise entschiedenen Verfahren ist gering (55 im Jahr 2010)⁴. Diese Verfahrensart ist im Kontext der vorliegenden Arbeit nicht von Bedeutung.

1.3.3.4 Widerruf und Rücknahme

Hat ein Antragsteller eine **Aufenthaltserlaubnis** erhalten, so muss spätestens nach drei Jahren geprüft werden, ob Gründe für einen Widerruf oder eine Rücknahme der Aufenthaltserlaubnis vorliegen (§73 Abs. 1 und 2 AsylVfG). Ein Widerruf erfolgt, wenn die Voraussetzungen, die zur Erteilung der Aufenthaltserlaubnis geführt haben, nicht mehr

vorliegen. Die Aufenthaltserlaubnis wird zurückgenommen, wenn festgestellt wird, dass der Entscheidung falsche oder unvollständige Angaben seitens des Antragsstellers zugrunde lagen.

Liegen keine Gründe für Widerruf oder Rücknahme vor, wird eine **unbefristete Niederlassungserlaubnis** erteilt. Widerruf und Rücknahme sind jedoch auch nach der Erteilung einer unbefristeten Niederlassungserlaubnis jederzeit möglich.

1.3.3.5 Rahmenbedingungen während des laufenden Asylverfahrens

Hierzu zählen zum Beispiel die verpflichtende Unterbringung in Aufnahmeeinrichtungen (bis zu drei Monate nach Ankunft in Deutschland) und danach in Gemeinschaftsunterkünften (§47 und §53 AsylVfG).

Weitere Bestimmungen sind unter anderem das Verlassensverbot des Bezirkes der zuständigen Ausländerbehörde (§56 AsylVfG), das Verbot der Erwerbstätigkeit (§61) und die verpflichtende Gesundheitsuntersuchung (§62 AsylVfG).

Die Heimpflicht sowie das Arbeitsverbot können unter bestimmten Bedingungen im Einzelfall aufgehoben werden.

1.3.4 Formelle Entscheidungen

Formelle Entscheidungen beruhen im Gegensatz zu den oben aufgeführten sachlichen Entscheidungen nicht auf den dargestellten rechtlichen Grundlagen. Es handelt sich hierbei vor allem um Entscheidungen im Rahmen des Dublin-Verfahrens (s.u.), um Verfahrenseinstellungen (Antragsrücknahme durch den Asylbewerber) und Ablehnungen von Anträgen zur Aufnahme eines Asylfolgeantragverfahrens.⁴ Diese Entscheidungen führen somit aus verschiedenen Gründen zur Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik.

1.3.4.1 Dublin-Verfahren

Die Dublin-Verordnung legt fest, dass eine Person nur in *einem* der Mitgliedstaaten (EU-Staaten, Norwegen, Island, Schweiz) einen Asylantrag stellen kann. Der zuständige

Staat wird nach verschiedenen Kriterien ermittelt, welche in der Verordnung geregelt sind. Die Person wird dann an den jeweiligen Mitgliedsstaat übermittelt.⁴

Das zentrale automatisierte Fingerabdruckidentifizierungssystem EURODAC erfasst seit 2003 von jedem Asylantragsstellenden Fingerabdrücke aller 10 Finger in den Dublin-Staaten, um sie mit der zentralen Datenbank abzugleichen und ggf. Dublin-Verfahren einzuleiten.⁴

1.3.5 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Das Asylbewerberleistungsgesetz umfasst alle Leistungen, die den Antragstellenden während des laufenden Verfahrens zustehen. Unter dieses Gesetz fallen auch abgelehnte Personen, die sich noch in Deutschland aufhalten (u.a. Geduldete) sowie Personen, die aus den in Absatz 1.3.2.5 genannten Gründen („Aufenthalt aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen und zum vorübergehenden Schutz“) eine Aufenthaltserlaubnis erhalten haben.

Im Folgenden werden einige im Kontext dieser Arbeit relevante Paragraphen des Asylbewerberleistungsgesetzes vorgestellt.

1.3.5.1 Grundleistungen (§3)

Die Grundleistungen werden in Form von Sachleistungen ausgegeben (z.B. Lebensmittel, Kleidung oder Hygieneartikel). Hierdurch soll verhindert werden, dass ausgezahlte Gelder zweckentfremdet werden (zum Beispiel ins Ausland überwiesen werden).⁴

Des Weiteren wird ein monatliches "Taschengeld" ausgezahlt, welches für Erwachsene in Bayern derzeit 40,90 Euro (gesetzlich vorgesehen sind 80 Deutsche Mark) und für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr 20,45 Euro beträgt.⁶

1.3.5.2 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt (§4)

Folgende Leistungen werden übernommen (zuständig ist das Sozialamt):

§4, Abs. 1: "Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung

oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren."

Die Versorgung von Schwangeren (§4 Abs.2) sowie *"amtlich empfohlene Schutzimpfungen"* und *"medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen"* (§4 Abs. 3) werden ebenfalls gewährleistet.

Medizinische Behandlungen werden somit im Allgemeinen auf die Akutversorgung eingeschränkt. Die bayerische Staatsregierung begründet dies folgendermaßen:

"Die im Bereich der Krankenhilfe leistungsrechtliche Schlechterstellung des vom AsylbLG erfassten Personenkreises steht im Kontext zur allgemeinen, vom AsylbLG verfolgten Zielsetzung, durch eine Absenkung der Leistungen und ihrer grundsätzlichen Gewährung in Form von Sachleistungen keinen Anreiz zu schaffen, aus wirtschaftlichen Gründen nach Deutschland zu kommen."^{6 S.196}

1.3.5.3 Arbeitsgelegenheiten (§5)

In den Unterkünften und ggf. bei *"staatlichen, kommunalen und gemeinnützigen Trägern"* sollen *"Arbeitsgelegenheiten"* für die *"Aufrechterhaltung und Betreibung der Einrichtungen"* geschaffen werden. (§5 Abs.1 AsylbLG) Hierfür wird eine *"Aufwandsentschädigung von 1,05 Euro je Stunde ausgezahlt."* (§5 Abs.2 AsylbLG) *"Arbeitsfähige, nicht erwerbstätige Leistungsberechtigte, die nicht mehr im schulpflichtigen Alter sind, sind zur Wahrnehmung einer zur Verfügung gestellten Arbeitsgelegenheit verpflichtet."* (§5 Abs.4 AsylbLG)

1.3.5.4 Sonstige Leistungen (§6)

Paragraph 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes ermöglicht in Einzelfällen die Erbringung weiterer medizinischer und sonstiger Leistungen:

§6, Abs. 1: „ Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.“

§6, Abs. 2: „Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen [„Aufenthaltsgewährung zum vorübergehenden Schutz“, Anm. d. Verf.] und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.“

1.4 Statistiken zum Asylverfahren in Deutschland

Die folgenden Statistiken zum Asylverfahren geben einen Überblick über die Gesamtsituation in Deutschland und veranschaulichen die Komplexität der verschiedenen Verfahrensarten.

Alle Daten der Abschnitte 1.4 und 1.5 sind dem Bericht „Das Bundesamt in Zahlen 2010“ des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge entnommen.⁴

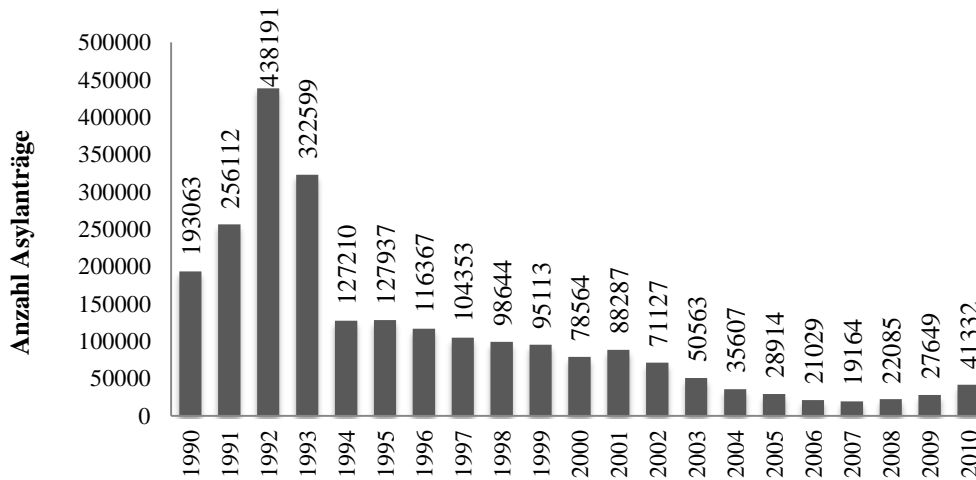
Asylbewerber machen in Deutschland einen eher geringen Teil der jährlichen Zuwanderer aus. Im Jahr 2010 wurden insgesamt 475.840 Zuzüge von ausländischen Staatsangehörigen nach Deutschland verzeichnet. Die Zahl der neu gestellten Asylanträge betrug im selben Jahr 41.332; dies entspricht einem Anteil von 8,7%. In den beiden Vorjahren lag dieser Anteil bei 5,6% (entsprechend 22.085 Erstanträgen in 2008) bzw. 7,0% (27.649 Erstanträge in 2009).

1.4.1 Entwicklung der jährlichen Asylantragszahlen

Seit 1953 wurden in Deutschland 3,3 Millionen Asylanträge gestellt, davon fast drei Viertel im Zeitraum seit 1990. Die Zahl der gestellten Asylanträge erreichte im Jahr 1992 ihren Höhepunkt mit 438.191 Anträgen. Von 1992 bis 2007 fielen die jährlichen Antragszahlen kontinuierlich um insgesamt mehr als 95% ab (19.164 Asylanträge in 2007). Seitdem ist wieder ein Anstieg der Antragszahlen zu beobachten (41.332 Anträge im Jahr 2010; dies entspricht ungefähr dem Niveau von 2003-2004). (Abbildung 1)

**Abbildung 1: Entwicklung der Asylantragszahlen 1990 – 2010
(ab 1995 nur Erstanträge)**

(Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge)

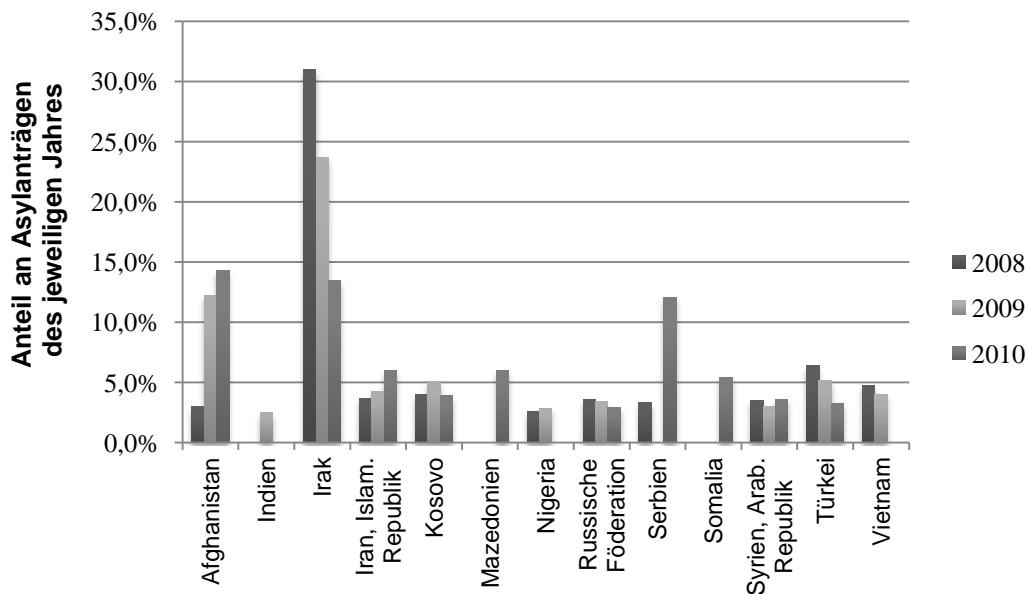


1.4.2 Soziodemographische Daten

1.4.2.1 Herkunftsländer

Die Herkunftsländer der Asylsuchenden in Deutschland variieren in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren wie der politischen, ökonomischen und sozialen Lage in den jeweiligen Staaten. Abbildung 2 zeigt für die Jahre 2008 bis 2010 jeweils die zehn wichtigsten Herkunftsländer.

Abbildung 2: Die zehn zugangsstärksten Herkunftsländer 2008 – 2010
(Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge)



1.4.2.2 Alter und Geschlecht

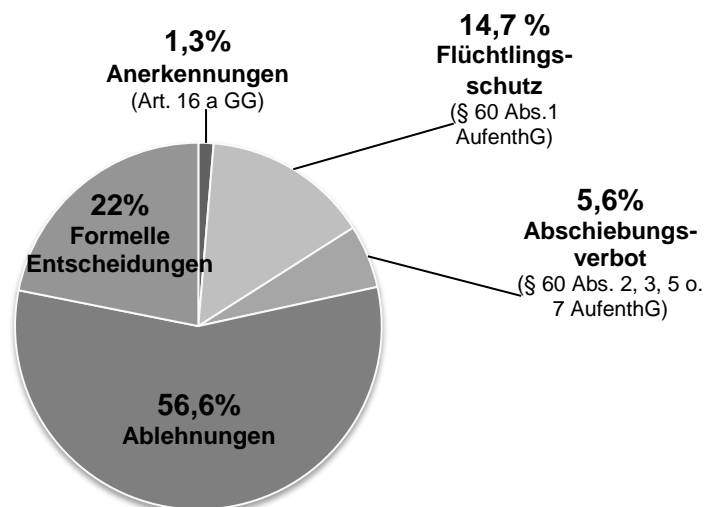
Im Jahr 2010 waren 63,3% der Antragsstellenden männlich. Knapp drei Viertel (74,9%) aller Antragsstellenden waren jünger als 30 Jahre.

1.4.3 Entscheidungen im Asylverfahren

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 48.187 Asylentscheidungen getroffen.

Abbildung 3 gibt den Anteil der verschiedenen Entscheidungsarten an den Gesamtentscheidungen über Asylanträge für das Jahr 2010 wieder. Die Abbildung bezieht sich auf Entscheidungen aus Erst- und Folgeanträgen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Gerichtsentscheide sind nicht berücksichtigt.

Abbildung 3: Quoten der einzelnen Entscheidungsarten im Jahr 2010
(Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge)



Nicht alle Ablehnungen führen zu einer sofortigen Abschiebung des Antragstellers, da z.B. auch Duldungen unter die Rubrik Ablehnungen fallen. Daten zur Anzahl an durchgeführten Abschiebungen waren nicht erhältlich. Formelle Entscheidungen führen ebenfalls, wie oben erwähnt, zur Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik.

1.4.4 Dauer der Asylverfahren

Die Gesamtverfahrensdauer beinhaltet die Zeit zwischen Asylantragsstellung und letztinstanzlicher Entscheidung über ein Asylverfahren. Die Dauer von möglichen Gerichtsverfahren sowie Wartezeiten sind mit eingeschlossen.

Im Jahr 2010 betrug die Gesamtverfahrensdauer im Mittel 12,9 Monate (Median: 8 Monate). Innerhalb von 6 Monaten wurden 45,2% der Verfahren beendet, innerhalb von 12 Monaten 66,2%. Mehr als 2 Jahre betrug die Gesamtverfahrensdauer für 14,4% der Asylbewerber und mehr als fünf Jahre für 2,0%.

Aus den Daten des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge wird nicht ersichtlich, ob die Dauer von Duldungen in der Gesamtverfahrensdauer enthalten ist. Dies wäre von entscheidender Bedeutung, da geduldete Personen als ausreisepflichtig gelten und (in Bayern) weiterhin der Heimpflicht unterliegen.

1.4.5 Dublin-Verfahren

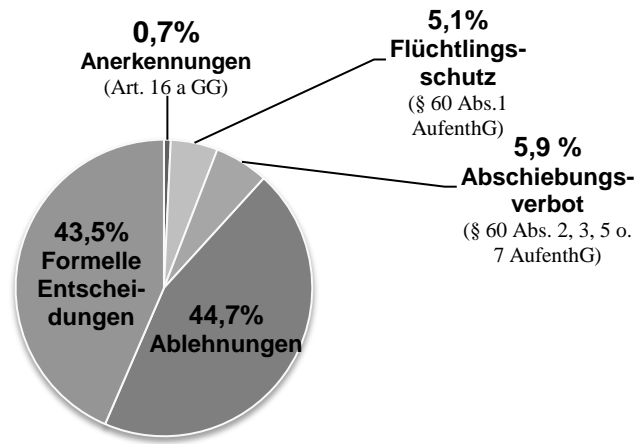
Im Jahr 2010 wurden von Deutschland 2.847 Personen an Dublin-Staaten überstellt und 1.307 Personen wurden an Deutschland überstellt. Die Differenz von 1540 Personen (Überzahl an Überstellungen von Deutschland an andere Staaten) macht 3,7% der 2010 gestellten Asylanträge aus.

1.4.6 Gerichtsentscheide

Bezogen auf die Gesamtanzahl der im Jahr 2010 getroffenen Asylentscheidungen lag der Anteil der beklagten Entscheidungen bei 46,3% (57,6% der abgelehnten Asylanträge). Abbildung 4 gibt den Anteil der verschiedenen Entscheidungsarten bei erstinstanzlichen Gerichtsurteilen über Erst- und Folgeanträge im Jahr 2010 wieder:

Abbildung 4: Quoten der erstinstanzlichen Gerichtsentscheidungen zu Erstanträgen im Jahr 2010

(Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge)



1.4.7 Widerruf und Rücknahme

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 15.420 Widerrufsprüfverfahren durchgeführt. Ein Widerruf oder eine Rücknahme erfolgten in 16,4% der Fälle.

1.5 Statistiken zum Asylbewerberleistungsgesetz

Die Anzahl der Leistungsempfänger ist von 2000 bis 2009 um 65,5% zurückgegangen (351.642 Personen in 2000 vs. 121.235 Personen in 2009). Dies ging mit einem Rückgang der Nettoausgaben um 58,7% im selben Zeitraum einher (1,9 Mrd. Euro in 2000 vs. 0,77 Mrd. Euro in 2009).⁴

1.6 Die Situation in Bayern

Nach dem sogenannten EASY-System (Erstverteilung von Asylbegehrenden) werden die Asylsuchenden den einzelnen Bundesländern zugeteilt. Basierend auf dem 1949 entwickelten „Königssteiner Schlüssel“ wird ermittelt, welchen Anteil an Asylsuchenden die einzelnen Bundesländer aufzunehmen haben. Dem Bundesland

Bayern werden jährlich ca. 15% der bundesweiten Asylbewerber zugewiesen, dies entsprach im Jahr 2010 insgesamt 6.146 Personen.⁴

Die in Abschnitt 1.3 aufgeführten Gesetze werden durch das *Bayerische Landesaufnahmegesetz* und die *Bayerische Asyldurchführungsverordnung* präzisiert und ergänzt. Es gibt zwei Aufnahmeeinrichtungen (in Zirndorf und in München) und 114 Gemeinschaftsunterkünfte.⁷ Ende 2010 lebten in Bayern ca. 50% der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG in Gemeinschaftsunterkünften. Insgesamt lebten ca. 8.900 Personen in Gemeinschaftsunterkünften. 54% dieser Bewohner waren "Asylbewerber im Verfahren", 36% "sonstige Leistungsberechtigte" (v.a. Ausreisepflichtige wie z.B. Geduldete) und 10% sogenannte "Fehlbeleger", d.h. Personen, die nicht mehr unter das AsylbLG fallen und zum Auszug berechtigt sind.⁶

Die durchschnittliche Verweildauer in Gemeinschaftsunterkünften betrug im Jahr 2009 3,0 Jahre. Aufgeschlüsselt nach Personengruppen sind dies 1,4 Jahre für Asylbewerber, 3,7 Jahre für vollziehbar Ausreiseverpflichtete (v.a. "Geduldete"), 5,2 Jahre für Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis und 2,9 Jahre für "Fehlbeleger".⁶

Ca. 50% der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG lebten Ende 2010 in Privaterunterkünften, dies entsprach 8.818 Personen. Hiervon verfügten 80% über ein eigenes Einkommen bzw. finanzielle Mittel und 20% erhielten Leistungen nach dem AsylbLG. Letzteren wurde der Auszug aus der Gemeinschaftsunterkunft aus individuellen Gründen (z.B. aufgrund einer schweren chronischen Krankheit) gestattet.⁷

1.7 Die Gemeinschaftsunterkunft in Würzburg

Für die Gemeinschaftsunterkunft Würzburg gibt es nur sehr wenig öffentlich zugängliche Daten. Folgende Beschreibungen beruhen, wenn nicht anders angegeben, auf Erfahrungen aus der medizinischen Sprechstunde (s. Abb. 5 bis 11).

Die Unterkunft liegt direkt an der B27 im Gebäudekomplex einer ehemaligen Wehrmachtskaserne („Adolf-Hitler-Kaserne“), welche nach dem 2. Weltkrieg als US-Kaserne ("Emery-Kaserne") genutzt wurde.⁸ Das Gelände ist von einem ca. zwei Meter hohen Stacheldrahtzaun umgeben. Es gibt einen Eingang, welcher Tag und Nacht überwacht



Abbildung 11: Männerhaus an der B27

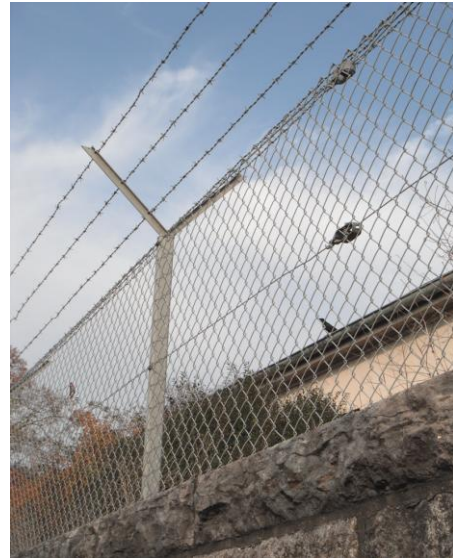


Abbildung 7: Geländezaun



Abbildung 10: Gelände der GU



Abbildung 6: Gemeinschaftsküche



Abbildung 9: Badezimmer im Frauenhaus



Abbildung 8: Altes Kasernenschild



Abbildung 5: Toilette

wird. Besucher müssen ihren Ausweis an der Pforte abgeben und Namen und Zimmernummer der Person angeben, die sie besuchen wollen.

Auf dem Gelände befinden sich zwei Gebäude für Männer, eines für Frauen und ein Familienhaus. Die Bewohner sind größtenteils in Doppel- bis Viererzimmern untergebracht. Eine begrenzte Anzahl an Einzelzimmern ist vorhanden, welche einigen Personen mit besonderen Bedürfnissen (z.B. Personen mit schweren chronischen Erkrankungen) vorbehalten sind. Familien erhalten je nach Größe ein bis zwei Zimmer (bis zu 4 Personen pro Zimmer). Pro Stockwerk (ca. 50 Personen) sind jeweils zwei Küchen und zwei Badezimmer vorhanden.

Die Ausgabe der Sozialleistungen erfolgt in Form von Sachleistungen. Zweimal wöchentlich, montags und mittwochs, findet die zentrale Essensausgabe statt. Es gibt eine begrenzte Auswahl an Lebensmitteln, zwischen denen die Bewohner wählen können (ein beispielhafter Auswahlbogen befindet sich im Anhang). Ähnlich erfolgt die zentrale Ausgabe von Hygienepaketen und Kleidung. Post für die Bewohner der GU wird an einer zentralen Stelle gesammelt und die Namen der entsprechenden Personen werden auf zwei Listen ("private" und "amtliche" Post) veröffentlicht.

Der Weg in die Innenstadt von Würzburg entlang der B27 ist ca. 5,5 km weit. Ein Busticket für Hin- und Rückfahrt kostet 4,40 Euro.

1.8 Beschreibung der Studienpopulation

In der Gemeinschaftsunterkunft in Würzburg leben ca. 450 Personen (Stand: November 2011).¹ Angaben über die genaue Anzahl und Zusammensetzung der Bewohner sind nicht zugänglich. Nach eigenen Schätzungen sind über die Hälfte der Bewohner alleinstehende Männer und ca. 25% alleinstehende Frauen. Die restlichen Bewohner sind Familien und alleinerziehende Frauen mit Kindern.

Den Großteil der Bewohner bilden junge Erwachsene. Es leben jedoch auch ca. 50 Kinder in der Gemeinschaftsunterkunft und einige ältere Personen. Die Zusammensetzung der verschiedenen Herkunftsländer variiert aufgrund der relativ hohen Fluktuation der Bewohner stark. Zum Zeitpunkt der Befragung waren die Hauptherkunftsländer (in

alphabetischer Reihenfolge) Afghanistan, Äthiopien, Iran, Irak, Somalia und Russland. Weitere Herkunftsländer sind andere afrikanische Länder (z.B. Sudan, Uganda), asiatische Länder (z.B. Vietnam, China, Myanmar) und südosteuropäische Länder (Serbien, Montenegro, Kosovo und Albanien). Mittel- und Südamerikanische Herkunftsländer sind schwach vertreten, vermutlich aufgrund ihrer Distanz zu Europa und der Nähe zu Nordamerika.

1.9 Literaturübersicht

1.9.1 Stress und Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen Stress und Gesundheit ist in der Stressforschung seit langem bekannt⁹. Stress auslösende Faktoren sind physikalische Reize (wie z.B. extreme Temperaturen) und schädliche Umwelteinflüsse (z.B. Nahrungsmangel)¹⁰ sowie psychosoziale Belastungen¹¹. Diese Stressoren haben weitreichende Einflüsse auf die menschliche Gesundheit und wirken als Risikofaktoren für eine Vielzahl physischer und psychischer Erkrankungen⁹.

Psychosoziale Belastungen umfassen zum Einen einmalige Lebensereignisse, welche Veränderungen mit sich bringen (wie z.B. der Verlust eines Ehepartners oder psychische Traumata). Ihr gesundheitlicher Einfluss wird verstärkt, wenn mehrere dieser Ereignisse kumulieren.⁹

Zum Anderen werden hierunter auch chronische Belastungen bzw. Lebensbedingungen verstanden, denen ein Mensch wiederholt oder über einen längeren Zeitraum ausgesetzt ist. Beispiele hierfür sind Armut, konfliktreiche zwischenmenschliche Beziehungen, Arbeitsbelastungen usw. Im Vergleich haben diese chronischen Stressoren einen stärkeren Einfluss auf die psychische Gesundheit als einmalige Lebensereignisse.⁹

Mit psychosozialen Stressoren assoziierte psychische Erkrankungen sind unter anderem Angsterkrankungen, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Suchterkrankungen.⁹

Unterschiedliche Einflüsse von Stressoren in unterschiedlichen Personengruppen (in Abhängigkeit von sozio-ökonomischem Status, Geschlecht, Herkunft etc.) ist einer der Hauptgründe für gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Bevölkerungsschichten.⁹

Dies gilt insbesondere für Angehörige von Minderheiten (z.B. Ausländer), die häufig Diskriminierungen ausgesetzt sind.¹²

Die Stressforschung hat auch dazu beigetragen, persönliche Ressourcen zu identifizieren, welche die negativen Einflüsse von Stressoren abfedern können. Hierzu zählen im Wesentlichen drei Faktoren: Ein stabiles Selbstwertgefühl, ein gutes Netz an sozialer Unterstützung und das Gefühl, das eigene Leben unter Kontrolle zu haben.⁹

1.9.2 Stressoren im Kontext internationaler Migration

„Among all the changes a human being must face throughout his live, few are so wide and so complex as those which take place during migration.“¹³ (S.3)

Dieses Zitat illustriert die fundamentalen Veränderungen, mit denen der Migrationsprozess für den Einzelnen einhergeht. Diese Veränderungen können – je nach Begleitumständen – starke Belastungen darstellen.¹³ Migranten stellen daher in verschiedener Hinsicht eine **vulnerable Gruppe** dar.^{14, 15}

Aufgrund der starken Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe (s.u. Absatz 1.9.3) ist es jedoch nicht möglich, allgemeine Aussagen über ihre gesundheitlichen Risiken zu treffen.¹⁶ Es ist daher notwendig, die Umstände, unter denen Migration stattfindet, näher zu betrachten:

Migration wird häufig als ein Prozess in drei Phasen beschrieben: **Prämigrationsphase, Migration und Postmigrationsphase.**^{14, 17, 18}

Jede der drei Phasen geht mit verschiedenen Umständen einher, welche die gesundheitliche Lage auch noch in späteren Phasen der Migration beeinflussen können (bspw. traumatische Erlebnisse im Heimatland).

Flüchtlinge, als Untergruppe der Migranten, sind in allen drei Phasen besonderen Risiken und Belastungen ausgesetzt^{17, 19}: „*Refugees are perhaps the most vulnerable of all migrant groups to mental and physical ill health.*“¹⁷ (S.3)

Der Fokus der vorliegenden Studie liegt auf Faktoren, welche in der Postmigrationsphase wirken und die psychische Gesundheit von Flüchtlingen gefährden können.

Von entscheidender Bedeutung ist in diesem Zusammenhang der **aufenthaltsrechtliche Status**. Asylbewerber sind im Vergleich zu *anerkannten* Flüchtlingen mehr Stressfaktoren ausgesetzt und haben ein deutlich höheres Risiko für Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand.²⁰⁻²² Gründe hierfür sind die Ungewissheit über den Ausgang des Asylverfahrens²²⁻²⁶ und Belastungen durch das Verfahren selbst bzw. durch die Länge des Verfahrens.^{22, 23, 27-30}

Eine wichtige Rolle spielt in der Literatur außerdem die Bedeutung der **Unterbringung** von Asylsuchenden als unabhängiger Risikofaktor für psychische Erkrankungen.^{19, 22, 31} Dies bezieht sich insbesondere auf institutionelle Unterkünfte, welche die persönlichen Freiheiten der Bewohner stark einschränken:

*„Our results suggests that living within direct provision centres adversely affects mental health; it isolates asylum seekers from the local community, and limits their integration and understanding of the society they wish to join.“*²² (S.22)

*„...the center did not offer a peaceful and safe haven. Instead the stay in the center was experienced as an imprisonment. There were too many people living there (too) close to each other and there was too little to do throughout the day and evening. There was a great deal of irritation and discrimination. The respondents described how difficult it was for the entire family to eat, sleep, and watch TV in just one room for several years in a row.“*³¹ (S.51)

Das zweite Zitat entstammt einer niederländischen Studie, die ein gemischtes Studiendesign mit qualitativen und quantitativen Methoden verwendete. Es zeigt die Vielschichtigkeit, die sich hinter dem Stichwort „Unterbringung“ verbirgt.

Das Zitat verdeutlicht auch, dass die Ergebnisse verschiedener Studien nicht ohne Weiteres übertragbar sind, sondern von den spezifischen Bedingungen in einzelnen Ländern und Einrichtungen abhängen. Die Gesamtsituation wird durch eine Vielzahl einzelner Faktoren bestimmt.

Die folgende Liste gibt **Lebensbedingungen** und Belastungen wieder, welche in der Literatur häufig genannt werden und mit einem schlechten psychischen Gesundheitszustand assoziiert sind: ^{13, 17, 22, 29, 31, 32}

- Unsicherer Aufenthaltsstatus
- Schlechte Unterkunft (Enge, Nahrungsmittel, Konflikte etc.)
- Arbeitslosigkeit oder Arbeitsverbot
- Gesundheitliche Sorgen (mangelhafter Zugang zu gesundheitlicher Versorgung)
- Perspektivlosigkeit
- Mangel an sinnvollen Aktivitäten, Langeweile
- Diskriminierung/Marginalisierung, Gefühl der ungerechten Behandlung
- Einsamkeit
- Mangelnde Sprachkenntnisse
- Verlust der kulturellen Identität, Heimweh
- Sorgen um Familie/Freunde bzw. Trauer bei Verlust von Familienangehörigen

Es ist also festzustellen, dass Flüchtlinge – insbesondere Asylbewerber – eine vulnerable Gruppe in Bezug auf ihre psychische und physische Gesundheit darstellen. Sie sind zusätzlich häufig belastenden Faktoren ausgesetzt, welche ihre Gesundheit weiter gefährden.

1.9.3 Daten zur psychischen Gesundheit von Migranten

Die gesundheitlichen Auswirkungen des Migrationsprozesses sind vielschichtig und noch nicht abschließend geklärt. Neben den oben erwähnten Risiken, kann Migration auch **Chancen** mit sich bringen (z.B. durch bessere Lebensbedingungen oder eine bessere medizinische Versorgung als im Heimatland).³³

In manchen Studien wird bei Migranten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine geringere Mortalität oder Morbidität gemessen. Dies kann auf den sogenannten „**Healthy migrant**“-Effekt zurückzuführen sein.^{16, 34} Er beschreibt Selektionsprozesse, die einer Migration vorhergehen können: Menschen die migrieren, sind häufig jünger und gesünder als der Bevölkerungsdurchschnitt. Der „Healthy migrant“-Effekt kann in Statistiken gesundheitliche Belastungen maskieren und sollte daher bei der Interpretation von Daten bedacht werden.¹⁶

In der internationalen Literatur finden sich **sehr unterschiedliche Angaben zur Prävalenz** psychischer Erkrankungen bei Migranten. Die Gründe hierfür liegen in der Methodik (Unterschiede in Definitionen und Klassifikationen von psychischen Erkrankungen, in Messinstrumenten und in der Studienqualität) und in der Heterogenität der Studienpopulationen.³⁵ Die Datenlage in Europa ist begrenzt^{14, 20} und auch hier variieren die Angaben stark: Schätzungen zur Gesamtprävalenz psychischer Störungen bei Migranten schwanken zwischen 3% und 86%¹³, und es ist nicht geklärt, ob Migranten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein höheres, gleich großes oder niedrigeres Erkrankungsrisiko haben.^{17, 36}

Die in der Literatur zu Migration und psychischer Gesundheit am häufigsten untersuchten Krankheitsentitäten sind **posttraumatische Belastungsstörungen, affektive Störungen (v.a. Depressionen) und Angsterkrankungen**.^{13, 14, 17, 23, 35, 37} Dies sind nach aktuellem Kenntnisstand die häufigsten psychischen Erkrankungen in dieser Bevölkerungsgruppe.¹³ Weitere Erkrankungen, die in der Literatur eine Rolle spielen, sind Suchterkrankungen^{14, 16}, psychotische Erkrankungen (v.a. Schizophrenie)^{14, 37} und psychosomatische Erkrankungen³⁴.

Das Risiko, an **Schizophrenie** zu erkranken, ist für Migranten vermutlich höher als für Nicht-Migranten.³⁸ Die Gründe hierfür sind unklar.^{14, 38}

Zu der Bedeutung von **Suchterkrankungen** in der Gruppe der Migranten liegen sehr wenig Daten vor.¹⁴ In Deutschland wurden einzelne Studien zu bestimmten Erkrankungen und in bestimmten Bevölkerungsgruppen durchgeführt, die jedoch keine Verallgemeinerung erlauben.¹⁶

Eine bevölkerungsrepräsentative Studie aus dem Jahr 2009 von Glaesmer et al. kam zu dem Ergebnis, dass **Migranten in Deutschland ebenso häufig unter psychischen Erkrankungen leiden wie Nicht-Migranten.**³⁴ Die Autoren erwähnen jedoch, dass aufgrund des Studiendesigns „vor allem gut integrierte Migranten eingeschlossen“ wurden, die Ergebnisse sind somit kaum auf Asylbewerber übertragbar.

Betrachtet man verschiedene Untergruppen von Migranten, finden sich teilweise andere Ergebnisse. Wie bereits oben erwähnt, stellen **Flüchtlinge** eine besonders vulnerable Gruppe dar. Es finden sich hohe Raten an erlittenen Traumata und psychologischen Erkrankungen.^{13, 23} Jedoch variieren die Schätzungen von verschiedenen Prävalenzen auch in dieser Gruppe stark. Sie schwanken zwischen 3% und 87% für Depressionen, zwischen 5% und 90% für Angststörungen und 4% und 86% für posttraumatische Belastungsstörungen.³⁵ Wenig umstritten ist hingegen die hohe Rate an Komorbiditäten (von bis zu 70%) zwischen den verschiedenen Krankheitsentitäten.^{20, 29, 37}

Fazel et al. haben 2005 in einer **Meta-Analyse** Daten aus Studien von insgesamt 7000 Flüchtlingen zusammengefasst und folgende Prävalenzen berechnet (in Klammern jeweils die 99%-Konfidenzintervalle)³⁷: 9% (8-10%) für posttraumatische Belastungsstörungen, 5% (4-6%) für Major-Depressionen, 2% (1-6%) für psychotische Erkrankungen und 4% (3-6%) für generalisierte Angststörungen. Diese Zahlen liegen deutlich unter vielen anderen Schätzungen, die in der Literatur zu finden sind. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse im Kontext der vorliegenden Studie ist jedoch zu beachten, dass zwei Drittel der von Fazel et al. analysierten Daten aus den USA stammen, dass die Gruppe der Asylbewerber unterrepräsentiert ist und dass die Autoren auf eine starke Heterogenität in den von ihnen analysierten Studien verweisen.

Die Datenlage ist in Bezug auf die Fragestellung der vorliegenden Studie also sehr heterogen und mangelhaft. Es gibt wenig Studien, die auf die Gruppe der Flüchtlinge (bzw. Asylbewerber) fokussieren und für Deutschland liegt keine repräsentative Studie zur psychischen Gesundheit von **Asylbewerbern** vor.³⁵

Der aktuelle Kenntnisstand erlaubt somit keine konkreten Rückschlüsse auf die in unserer Studienpopulation zu erwartenden Prävalenzen psychischer Erkrankungen.

1.10 Fragestellung und Ziel der Studie

Ziel dieser Studie ist es, einen Überblick über die Situation der GU-Bewohner in Hinblick auf ihre Exposition gegenüber psychosozialen Stressoren und ihre psychische Gesundheit zu geben und zu testen, ob zwischen beiden Aspekten ein Zusammenhang besteht.

Es ergeben sich im Einzelnen folgende Fragen:

1. Wie bewerten die Bewohner der Gemeinschaftsunterkunft ihre aktuellen Lebensbedingungen? Fühlen sie sich psychosozialen Stressoren ausgesetzt?
2. Wie hoch ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen in dieser Population?
3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Bewertung der Lebensbedingungen und der psychischen Gesundheit?

2 MATERIAL UND METHODEN

2.1 Studiendesign

Es wurde das Design einer Querschnittstudie gewählt. Die Exposition gegenüber psychosozialen Stressoren und die psychische Gesundheit wurden durch Fragebögen gemessen, die von den Teilnehmern selbst ausgefüllt wurden.

2.2 Studienpopulation

Alle Bewohner der Gemeinschaftsunterkunft, die mindestens 14 Jahre alt waren, eine der Studiensprachen Amharisch, Arabisch, Farsi, Somali, Russisch, Deutsch oder Englisch ausreichend gut beherrschten und darin lesen und schreiben konnten, konnten an der Studie teilnehmen (Jugendliche unter 18 Jahren mit Zustimmung der Eltern).

2.3 Fragebögen

Den Studienteilnehmern wurden jeweils zwei Fragebögen vorgelegt (in der entsprechenden Sprache), die sie nacheinander ausfüllen sollten. Der erste Fragebogen wurde speziell für diese Studie entwickelt und bestand aus drei Abschnitten: Der erste Abschnitt diente der Erhebung sozio-demographischer Daten, der zweite Abschnitt bestand aus Fragen zur Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und Lebenssituation und im dritten Abschnitt wurden die Teilnehmer dazu aufgefordert, ihre aktuellen Lebensbedingungen in der Gemeinschaftsunterkunft zu bewerten. Der zweite Fragebogen („Patient Health Questionnaire“, PHQ) wurde 1999 von Spitzer et al. als Screening-Instrument für acht häufige psychische Erkrankungen entwickelt.³⁹

2.3.1 Erhebung sozio-demographischer Daten

Der erste Abschnitt des Fragebogens diente der Erhebung sozio-demographischer Daten. Erfragt wurden Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Herkunft und

Aufenthaltsstatus. Die Teilnehmer sollten außerdem angeben, ob sie Familienangehörige innerhalb der Gemeinschaftsunterkunft oder innerhalb Deutschlands haben. Diese Fragen waren (abgesehen von der Frage nach dem Alter) als Multiple-Choice-Fragen formuliert. In drei offenen Fragen sollten die Teilnehmer anschließend angeben, wann sie ihr Heimatland verlassen haben, wie lange sie sich schon in Deutschland befinden und seit wann sie in der Gemeinschaftsunterkunft in Würzburg wohnen.

2.3.2 Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und Lebenssituation

In diesem Abschnitt wurden die Teilnehmer aufgefordert, ihren augenblicklichen allgemeinen Gesundheitszustand sowie ihren körperlichen und seelischen Gesundheitszustand und ihre augenblickliche Lebenssituation einzuschätzen. Es bestand jeweils die Möglichkeit, aus folgenden 5 Antwortmöglichkeiten zu wählen: „Sehr gut“ – „Eher gut“ – „Eher schlecht“ – „Sehr schlecht“ – „Weiß ich nicht“

2.3.3 Fragen zu den Lebensbedingungen in der GU

Der dritte Abschnitt des Fragebogens umfasste Fragen zu den aktuellen Lebensbedingungen in der Gemeinschaftsunterkunft. Grundlage zur Auswahl dieser Fragen bildeten die in der Literaturrecherche identifizierten Stressfaktoren (Vgl. Abschnitt 1.9.2 „Stressoren im Kontext internationaler Migration“), ergänzt durch die Erfahrungen des medizinischen Teams aus der Arbeit in der Gemeinschaftsunterkunft.

Auf diese Weise wurden 21 Kategorien festgelegt, welche das Spektrum an Bedürfnissen und Belastungen abbilden sollen, die im Kontext dieser Studie von Relevanz sind. Es handelt sich um folgende Bereiche (in alphabetischer Reihenfolge):

- Allgemeine Zufriedenheit mit der gesamten Lebenssituation
- Arbeitssituation (Arbeitsverbot)
- Einsamkeit
- Einschätzung der eigenen Zukunft
- Erfahrungen mit deutschen Behörden

- Essenspaket
- Gewalterfahrungen in der GU
- Heimweh und Sorgen um die Familie/Freunde im Heimatland
- Hygiene
- Integration in die deutsche Gesellschaft
- Langeweile
- Lärmbelästigung
- Medizinische Versorgung
- Privatsphäre
- Räumlichkeiten
- Selbstbestimmung
- Sicherheit
- Vergleich der aktuellen Lebenssituation mit dem Leben im Heimatland
- Verhältnis zu den Mitarbeitern der GU
- Wunsch nach einer eigenen Wohnung (statt der Heimpflicht)
- Zusammenleben mit den Mitbewohnern in der GU

Jede Kategorie wurde in einzelne Unterpunkte unterteilt, welche die Gesamtsituation des jeweiligen Bereiches abbilden. Im Fragebogen wurde jeder dieser Unterpunkte in einem oder zwei kurzen Sätzen in der Form einer Stellungnahme formuliert. Der Fragebogen enthielt insgesamt 44 solcher Stellungnahmen, welche entweder eine positive oder eine negative Wertung beinhalteten (Vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Fragebogenstruktur am Beispiel der Kategorie „Essenspaket“

Unterpunkte	Stellungnahmen
1. Menge der Nahrungsmittel	“Das Essen im Essenspaket ist ausreichend.”
2. Auswahl der Nahrungsmittel	“Das Essenspaket enthält die wichtigsten Nahrungsmittel, die ich brauche.”
3. Qualität der Nahrungsmittel / Möglichkeit der gesunden Ernährung	“Das Essenspaket gibt mir die Möglichkeit, mich gesund zu ernähren.“
4. Essenspaket vs. Ausgabe von Essensgeld	“Ich würde statt des Essenspaketes lieber etwas Geld bekommen, um mein Essen selbst zu kaufen.”

Die Teilnehmer wurden aufgefordert, zu jedem dieser Aussagesätze die folgenden zwei Fragen zu beantworten:

1. Wie sehr treffen diese Aussagen auf Sie zu?
2. Wie sehr wirkt sich dies auf Ihre körperliche oder seelische Gesundheit aus?

Es gab jeweils vier Antwortmöglichkeiten, welche die Stärke der Zustimmung/Ablehnung bzw. der Auswirkungen auf die eigene Gesundheit widerspiegeln. Bei beiden Fragen konnten die Teilnehmer als fünfte Antwortmöglichkeit „Weiß ich nicht“ ankreuzen.

An die Auflistung der einzelnen Aussagesätze schloss sich ein Feld an, in dem die Teilnehmer selbst Punkte ergänzen konnten, welche sie als belastend empfinden.

Dieser dritte Abschnitt des Fragebogens schloss mit vier weiteren offenen Fragen ab. In den ersten beiden Fragen konnten die Teilnehmer zum Einen angeben, welche der genannten Faktoren sie am meisten belasten (wenn eine Belastung vorlag) und zum Anderen, welche Maßnahmen ergriffen werden sollten, um dieser Belastung entgegen zu wirken. Des Weiteren wurde erfragt, ob (und wenn ja wie) sich der eigene Gesundheitszustand seit dem Aufenthalt in der GU verändert hat. Abschließend war Platz für allgemeine Bemerkungen. Die verwendete deutsche Version des Fragebogens befindet sich im Anhang.

2.3.4 PRIME-MD Patient Health Questionnaire

2.3.4.1 Hintergrund

Der „PRIME-MD“ („Primary Care Evaluation of Mental Disorders“) Fragebogen wurde 1994 von Spitzer et al. entwickelt, um die Erkennung und Diagnosestellung von 5 häufigen psychischen Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis zu erleichtern.⁴⁰ Er sollte ein verlässliches und leicht handhabbares Screening-Instrument darstellen und bestand aus einem Fragebogen, der von den Patientenen ausgefüllt wurde und einem anschließenden strukturierten klinischen Gespräch mit dem Hausarzt. Der Zeitaufwand, der zur Durchführung des klinischen Gesprächs erforderlich war, war jedoch nicht unerheblich, so dass der Fragebogen in der Praxis selten angewandt wurde.³⁹

Aus diesem Grund wurde 1999 von Spitzer et al. der „**PRIME-MD Patient Health Questionnaire**“ (im Folgenden als „Patient Health Questionnaire“ bzw. PHQ bezeichnet) entwickelt, welcher nur noch aus einem einzigen Fragebogen besteht, der von den Patienten selbstständig ausgefüllt werden kann (bzw. bei Analphabetismus dem Patienten vorgelesen werden kann).³⁹ Die Auswertung erfolgt mit Hilfe eines einfachen Algorithmus. Der Arzt kann außerdem schnell erkennen, welche Fragen positiv beantwortet wurden und im Gespräch mit dem Patienten auf diese Fragen weiter eingehen.

Der „Patient Health Questionnaire“ findet seitdem international vielfache Anwendung in Praxis und klinischer Forschung (s.u. Absatz 2.3.4.3 Validität).

Die verwendete deutsche Version des Fragebogens befindet sich im Anhang.

2.3.4.2 Struktur des Fragebogens

Basierend auf den diagnostischen Kriterien des DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), welches vor allem in den USA analog zu dem deutschen ICD-10-System angewandt wird⁴¹, werden Symptome folgender psychiatrischer Störungen erfragt: somatoforme Störungen, depressive Störungen (Major Depression und andere depressive Störungen), Angststörungen (Paniksyndrom und andere Angsterkrankungen), Essstörungen (Bulimia nervosa und „Binge-Eating“-Störung) und Alkoholmissbrauch. Weitere Fragen beziehen sich auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit, das Vorhandensein psychosozialer Stressoren, sowie (bei Frauen) auf Probleme bei Menstruation, Schwangerschaft oder Geburt.^{40, 42}

Der „Patient Health Questionnaire“ erlaubt die Diagnosestellung dieser Störungen auf „*Syndromebene*“, jedoch nicht auf „*Störungsebene*“⁴²(S.5). Für die definitive Diagnosestellung ist eine direkte Anamneseerhebung durch den Arzt notwendig, sowie die Kenntnis weiterer Informationen, um z.B. organische Grunderkrankungen oder beteiligte exogene Faktoren (Medikamenteneinnahme, Drogen) ausschließen zu können.

Des Weiteren gibt der Fragebogen die Möglichkeit, Schweregrade der Ausprägung verschiedener Störungen zu bestimmen. Dies gilt vor allem für die Merkmale „*Depressivität*“, „*Somatoforme Symptome*“ und „*Psychosozialer Stress*“.

2.3.4.3 Validität

Die Validität der amerikanischen Originalversion des „PRIME-MD Patient Health Questionnaire“ (bzw. einzelner Abschnitte des Fragebogens) wurde in mehreren Studien nachgewiesen.^{39, 43, 44}

Darüber hinaus liegen zahlreiche Studien für verschiedene Übersetzungen des „Patient Health Questionnaire“ (oder einzelner Abschnitte) vor, die seine interkulturelle Validität bestätigen. Länder, in denen Validierungsstudien durchgeführt wurden, sind beispielsweise: USA⁴⁵, Deutschland⁴⁶, Spanien⁴⁷, Nigeria⁴⁸, Indien⁴⁹, Thailand⁵⁰ und Korea⁵¹. Der Fragebogen findet in der Forschung weltweite Anwendung (Bsp.: Frankreich⁵², Kanada⁵³, Belgien⁵⁴, Arabische Emirate⁵⁵, Trinidad⁵⁶).

2.3.4.4 Anpassung an die vorliegende Studie

Der „Patient Health Questionnaire“ kann in seiner Vollversion (4 Seiten) oder in flexibel kombinierbaren Auszügen verwendet werden.^{40, 42} Für die vorliegende Studie wurde in Hinsicht auf die Fragestellung und aus Gründen der Gesamtlänge der verwendeten Fragebögen auf die Abschnitte „Essstörungen“ und „Menstruation, Schwangerschaft und Geburt“ verzichtet.

Die Erfahrungen aus der klinischen Arbeit in der Gemeinschaftsunterkunft lassen vermuten, dass Essstörungen in diesem Patientenkollektiv eine eher untergeordnete Rolle spielen. Menstruationsbeschwerden werden bereits in dem Fragebogen-Abschnitt „Somatoforme Störungen“ abgefragt.

Bei drei der Fragen wurden Änderungen in der Formulierung vorgenommen. Hierbei handelt es sich um die Fragen, welche sexuelle Probleme ansprechen. Grund hierfür sind Erfahrungen aus der Probebefragung vor Beginn der allgemeinen Umfrage (Vgl. Absatz 2.7 „Datenerhebung“). Einige Teilnehmer der Probebefragung reagierten auf diese Fragen verständnislos, teilweise auch aggressiv. Da der Umgang mit Fragen zur Sexualität in verschiedenen Kulturen unterschiedlich starken Stigmata unterliegt, entstand die Befürchtung, dass ein zu offener Umgang mit diesem Thema einige Teilnehmer abschrecken könnte. Um das Vertrauen in die Studie nicht zu gefährden und eine möglichst ehrliche Beantwortung der Fragen zu gewährleisten, wurde auf eine explizite

Frage nach sexuellen Problemen verzichtet. Die neuen Formulierungen schließen jedoch sexuelle Probleme mit ein.

Folgende Umformulierungen wurden vorgenommen (s. Tabelle 2):

Tabelle 2: Vorgenommene Umformulierungen des Patient Health Questionnaire

Nr.	Originalfrage	Umformulierung
1e)	„Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr“	„Andere Schmerzen“ (Nachdem in den vorausgehenden Fragen verschiedene Arten von Schmerzen abgefragt werden.)
6j)	„Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber – z.B. die Zerstörung des eigenen Heims, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt <i>oder eine sexuelle Handlung unter Zwang</i> “	Der letzte Teilsatz wurde entfernt (<i>kursiv</i>).
7)	„Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden <i>oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?</i> “	Der letzte Teilsatz wurde entfernt (<i>kursiv</i>).

Abschließend zur Gesamtbefragung wurde der Fragebogen um eine offene Frage ergänzt: „*Was ist Ihr größter Wunsch für die Zukunft?*“

2.4 Übersetzung

Die beiden in der vorliegenden Studie verwendeten Fragebögen wurden durch Laienübersetzer in die fünf Sprachen übersetzt, welche in der Gemeinschaftsunterkunft zum Zeitpunkt der Befragung am häufigsten gesprochen wurden: Amharisch, Arabisch, Farsi, Somali und Russisch (Aufzählung in alphabetischer Reihenfolge). Ausgangssprache für die Übersetzung war Deutsch oder Englisch, für den „Patient Health Questionnaire“ jeweils die offizielle deutsche bzw. englische Version.

Die kulturspezifischen Übersetzer waren auch bei der Befragung anwesend, haben Anweisungen übersetzt und Verständnisfragen der Teilnehmer beantwortet.

Nach der Befragung haben sie die Antworten auf die offenen formulierten Fragen in's Deutsche oder Englische rückübersetzt.

2.5 Stichprobenauswahl

Ziel der Studie war es, eine möglichst große Anzahl an Bewohnern der Gemeinschaftsunterkunft zu erreichen.

Die Anwerbung von Studienteilnehmern erfolgte auf drei verschiedene Wege:

- Ankündigung der Befragung in den Räumlichkeiten der Sprechstunde, sowie durch das medizinische Personal
- Verteilung von Einladungs-Flyern an Orten, wo ein Großteil der Bewohner anzutreffen ist (z.B. zentrale Ausgabe der Essenspakete)
- Mund-zu-Mund-Propaganda durch Übersetzer und Bewohner der GU

2.6 Anonymität

Der Wahrung der Anonymität der Teilnehmer wurde während des gesamten Studienverlaufs eine hohe Priorität beigemessen. Dies war insbesondere angesichts des unsicheren Aufenthaltsstatus der Asylbewerber eine Voraussetzung, um das Vertrauen der Teilnehmer in die Studie zu wahren und eine aufrichtige Beantwortung der Fragebögen nicht zu gefährden.

So mussten sich die Teilnehmer zu keinem Zeitpunkt ausweisen oder ihren Namen angeben. Die Einverständniserklärung für die Studienteilnahme erfolgte durch eine einfache Unterschrift. Auch auf eine direkte Kontaktaufnahme mit einzelnen Bewohnern zur Akquisition von Studienteilnehmern (wie es z.B. für die Auswahl einer randomisierten Stichprobe nötig gewesen wäre) wurde aus diesem Grund verzichtet.

2.7 Datenerhebung

Die Befragung wurde im Zeitraum Februar 2011 bis Juli 2011 durchgeführt und fand in den medizinischen Sprechzimmern in der Gemeinschaftsunterkunft statt.

Zunächst wurde eine Probebefragung mit einer kleinen Teilnehmergruppe (n=11) durchgeführt, um die Fragebögen zu testen. Anschließend wurde für jede der Sprachen Amharisch, Arabisch, Farsi, Russisch und Somali ein gesonderter Befragungstermin angeboten. Dabei war der jeweilige Dolmetscher bzw. die jeweilige Dolmetscherin anwesend, um Verständnisfragen zu beantworten und gegebenenfalls Hilfestellungen bei dem Ausfüllen der Fragebögen zu geben. Für die Bewohner, die keiner der oben genannten Sprachen mächtig waren, aber ausreichend Deutsch oder Englisch sprachen, wurde abschließend ein gemeinsamer Befragungstermin für diese beiden Sprachen angeboten.

Vor dem Ausfüllen der Fragebögen wurden die Teilnehmer darüber aufgeklärt, dass die Datenerhebung anonym erfolgt und ihre Angaben nur für Forschungszwecke verwendet werden. Sie wurden außerdem gebeten, die Fragen ehrlich zu beantworten und nach Möglichkeit keine Frage auszulassen.

Jeder Teilnehmer gab seine schriftliche Zustimmung zu der Studienteilnahme und der Verwendung seiner anonymisierten Daten für die vorliegende Studie. Das Ausfüllen der Fragebögen nahm bei den meisten Teilnehmern ca. 45 – 60 Min. Zeit in Anspruch, pro Teilnehmer wurde eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 5 Euro ausgezahlt. Dies erfolgte unabhängig von der Vollständigkeit des ausgefüllten Fragebogens. Eine Mehrfachteilnahme war nicht möglich.

2.8 Datenauswertung

2.8.1 Quantitative Datenanalyse

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mit SPSS (Version 16).

2.8.1.1 Einschlusskriterien

Für die einzelnen Fragebogen-Abschnitte wurden vor Durchführung der Befragung folgende Einschlusskriterien für die Auswertung der einzelnen Fragebögen formuliert:

2.8.1.1.1 Auswertung der sozio-demographischen Daten und der Fragen zur Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit:

Alle Fragebögen wurden ausgewertet.

2.8.1.1.2 Auswertung der Fragen zu den Lebensbedingungen in der GU:

Da der Fragebogen relativ komplex ist und daher die Möglichkeit besteht, dass er nicht von allen Teilnehmern ausreichend verstanden wird, mussten zwei Bedingungen erfüllt sein, um in die Auswertung aufgenommen zu werden.

Zum Einen wurden nur Fragebögen gewertet, bei denen (analog zum PHQ; s.u.) zu mindestens zwei Drittel der Aussagesätze Nr. 16 bis 59 eine Antwort auf die erste Frage „Wie sehr treffen diese Aussagen auf Sie zu?“ durch den Teilnehmer angegeben wurde (entsprechend 30 Antworten).

Zum Anderen wurden in den Fragebogen fünf Aussagenpaare integriert, die aufgrund ihrer gegensätzlichen Formulierung als Testfragen verwendet wurden, um zu prüfen, ob der Fragebogen in sich kohärent ausgefüllt wurde. Es handelt sich um folgende Aussagenpaare (Tabelle 3).

Tabelle 3: Testfragenpaare zur Überprüfung der Konsistenz der Antworten

Aussage 1	Aussage 2
Nr. 31: „Mir fehlt im Heim ein Ort, wo ich allein sein kann, wenn ich es brauche.“	Nr. 43: „Ich habe genug Möglichkeiten im Heim, um auch mal alleine zu sein, wenn ich es brauche.“
Nr. 36: „Wenn ich krank bin, bekomme ich gute medizinische Versorgung.“	Nr. 51: „Die medizinische Versorgung ist <i>nicht</i> ausreichend.“
Nr. 38: „Ich bin froh, dass ich nicht arbeiten muss.“	Nr. 48: „Ich würde gerne selbst arbeiten und Geld verdienen.“
Nr. 40: „Ich glaube, dass deutsche Behörden gerechte Entscheidungen treffen.“	Nr. 47: „Ich habe <i>kein</i> Vertrauen in deutsche Behörden.“
Nr. 50: „Ich habe das Gefühl, dass ich im Moment selbst Einfluss auf meine Zukunft habe.“	Nr. 55: „Ich habe das Gefühl, dass ich im Moment <i>keinen</i> Einfluss auf meine Zukunft habe.“

Bei den Stellungnahmen der Teilnehmer zu diesen Aussagenpaaren wurde erwartet, dass die Antworttendenz gegensätzlich ausfällt. Wenn also bei dem ersten Satz eines Aussagenpaares „Das stimmt genau.“ oder „Das stimmt teilweise.“ angekreuzt wurde, so wurde bei dem gegensätzlichen Satz die Antwort „Das stimmt gar nicht.“ oder „Das stimmt eher nicht.“ erwartet.

Fragebögen, in denen die Teilnehmer *bei mindestens zwei der Aussagenpaare* beide Sätze mit der gleichen Tendenz bewertet haben (beide Sätze eher zustimmend bzw. eher ablehnend bewertet), wurden aus der Wertung genommen.

2.8.1.1.3 Einschlusskriterien für die Auswertung des „Patient’s Health Questionnaire“

Analog zu der Vorgehensweise der Entwickler des Fragebogens Spitzer et al. wurden Fragebögen gewertet, wenn mindestens zwei Drittel der Pflichtfragen beantwortet wurden.⁴² In der vorliegenden Studie entspricht dies 26 von 38 Pflichtfragen.

2.8.1.2 Quantitative Auswertung der sozio-demographischen Daten und Fragen zur Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und Lebenssituation

Einige Fragen wurden aus der Wertung genommen, da aufgrund von inkohärenten Angaben in einer größeren Anzahl an Fragebögen davon ausgegangen werden muss, dass diese Fragen von einem Teil der Teilnehmer nicht ausreichend verstanden wurden.

Hierbei handelt es sich um die Fragen 4 und 5 („Haben Sie Familie im Heim?“ bzw. „Haben Sie Familie in Deutschland?“), die Frage 7 („Herkunft“) und die Frage 11 („Aufenthaltsstatus“). Bei der Frage 7 waren die Antwortmöglichkeiten (Einteilung nach Regionen) offenbar für einige Teilnehmer missverständlich. Als Indikator für den kulturellen Hintergrund eines Teilnehmers wurde deshalb die Sprache des Fragebogens verwendet (außer Fragebögen in Deutsch oder Englisch). Die Frage nach dem Aufenthaltsstatus konnten viele Teilnehmer nicht eindeutig beantworten, da sie mit den entsprechenden juristischen Ausdrücken nicht ausreichend vertraut waren.

2.8.1.3 Quantitative Auswertung der Fragen zu den Lebensbedingungen in der Gemeinschaftsunterkunft

Den einzelnen Antwortmöglichkeiten wurden Werte zugeordnet:

Für die Antworten auf Frage 1 („Wie sehr treffen diese Aussagen auf Sie zu?“) wurden die Werte 1, 2, 3 und 4 vergeben. Aufsteigende Werte stehen für eine zunehmende Zufriedenheit mit der aktuellen Situation in der GU. Die Antwort „Weiß ich nicht.“ wurde nicht in die Wertung integriert.

Für die Antworten auf Frage 2 („Wie sehr wirkt sich dies auf ihre körperliche und seelische Gesundheit aus?“) wurden ebenfalls die Werte 1, 2, 3 und 4 vergeben.

Zunehmende Werte stehen für eine Zunahme des angegebenen Einflusses auf die eigene Gesundheit. Auch hier wurde die Antwort „Weiß ich nicht.“ nicht in die Wertung integriert.

Die Auswertung nach Kategorien erfolgte durch Bildung des arithmetischen Mittelwertes aus den Antworten auf die jeweiligen Einzelaussagen (Vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Zuordnung der einzelnen Aussagen zu Kategorien

	Kategorie	Einzelaussagen (Nr.)
1.	Allgemeine Zufriedenheit mit der Situation in der GU	16, 17
2.	Arbeitssituation (Arbeitsverbot)	38, 48
3.	Einsamkeit	29
4.	Einschätzung der eigenen Zukunft	45, 52
5.	Erfahrungen mit deutschen Behörden	40, 47, 56
6.	Essenspaket	21, 22, 23, 24
7.	Gewalterfahrungen in der GU	41, 42
8.	Heimweh und Sorgen um die Familie/Freunde im Heimatland	35, 57
9.	Hygiene	19, 20, 25
10.	Integration in die deutsche Gesellschaft	49, 54, 59
11.	Langeweile	39
12.	Lärmbelästigung	33, 34
13.	Medizinische Versorgung	36, 51
14.	Privatsphäre	31, 43
15.	Räumlichkeiten	18, 26
16.	Selbstbestimmung	17, 24, 32, 38, 48, 50, 53, 55, 58
17.	Sicherheit	30, 41, 42
18.	Vergleich der aktuellen Lebenssituation mit dem Leben im Heimatland	46
19.	Verhältnis zu den Mitarbeitern der GU	28
20.	Wunsch nach einer eigenen Wohnung (statt der Heimpflicht)	17
21.	Zusammenleben mit den Mitbewohnern in der GU	27, 29, 33, 37

Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass die Kategorien rein nach thematischen Gesichtspunkten gebildet wurden. Sie bestehen daher aus einer unterschiedlichen Anzahl an Einzelfragen. Manche der einzelnen Fragen berühren verschiedene Themen und wurden daher mehreren Kategorien zugeordnet (z.B. erscheint Frage Nr. 48 „*Ich würde gerne selbst arbeiten und Geld verdienen.*“ in den Kategorien „Arbeits-situation“ und „Selbstbestimmung“).

2.8.1.4 Quantitative Auswertung des „Patient Health Questionnaire“

Die Auswertung des „Patient Health Questionnaire“ erfolgte anhand des „*Manual Kompletteversion und Kurzform – Autorisierte deutsche Version des Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)*“ von Löwe et al.⁴²

Die folgende Tabelle ist dem Manual entnommen, lediglich die Fragennummerierungen wurden entsprechend der in dieser Studie verwendeten Nummerierung angepasst (Tabelle 5).

Tabelle 5: Auswertungsalgorithmus PHQ (kategoriale Diagnostik)

(Zitiert aus: Manual Kompletteversion und Kurzform –

Autorisierte deutsche Version des Prime MD Patient Health Questionnaire; Löwe et al.; 2002; Seite 6)⁴²

Syndrom	Fragen Nr.	Algorithmus
Somatoformes Syndrom	1a-1m	„Mindestens drei der Fragen 1a–m sind mit „stark beeinträchtigt“ beantwortet und adäquate organische Ursachen fehlen.“
Major Depressives Syndrom	2a-i	„Fünf oder mehr der Fragen 2a–i sind mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage 2a oder 2b. (2i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist.)“
Andere Depressive Syndrome	2a-i	„Zwei, drei oder vier der Fragen 2a–i sind mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage 2a oder 2b. (2i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist.)“
Paniksyndrom	3a-o	„Bei jeder der Fragen 3a–d ist „JA“ markiert und vier oder mehr der Fragen 3e–o sind mit „JA“ beantwortet.“
Andere Angstsyndrome	3p-3v	„Frage 3p und drei oder mehr der Fragen 3q-3v sind mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet.“
Alkoholsyndrom	4-4e	„Mindestens eine der Fragen 4a–e ist mit „JA“ beantwortet.“

Neben dieser „*kategorialen Diagnostik*“⁴² (S.7) ermöglicht der „Patient Health Questionnaire“ auch eine „*kontinuierliche Diagnostik*“⁴² (S.7), d.h. die Messung der Ausprägung der drei Merkmale „Depressivität“, „Anzahl somatoformer Symptome“ und „Stress“ (psychosoziale Belastung) (Tabelle 6).

Tabelle 6: Auswertungsalgorithmus PHQ (kontinuierliche Diagnostik)

(Zitiert aus: Manual Komplettversion und Kurzform –

Autorisierte deutsche Version des Prime MD Patient Health Questionnaire; Löwe et al.; 2002; Seite 7) ⁴²

Auswertungsalgorithmen „kontinuierliche Diagnostik“

Depressivität:

„Den Antwortkategorien werden folgende Werte zugewiesen: 0 ("Überhaupt nicht"), 1 ("An einzelnen Tagen"), 2 ("An mehr als der Hälfte der Tage") und 3 ("Beinahe jeden Tag"). Der Skalensummenwert "Depressivität" entspricht der Summe der Punktwerte über die neun Items und variiert zwischen 0 und 27. Ein Punktwert unter 5 entspricht praktisch immer dem Fehlen einer depressiven Störung, ein Punktwert zwischen 5 und 10 wird zumeist bei Patienten mit leichten oder unterschweligen depressiven Störungen gefunden und entspricht einem milden Schweregrad. Bei Patienten mit Major Depression ist ein Punktwert von 10 und höher zu erwarten, wobei von einem mittleren (10-14), ausgeprägten (15-19) und schwersten (20-27) Ausmaß der Störung auszugehen ist.“

Somatoforme Symptome:

„Gebildet wird der Skalensummenwert "somatische Symptome" aus den 13 Items des somatoformen Moduls ([...]Items 1a-1m) und den Items 2c und 2d des Depressionsmoduls [...]. Diese zwei Items des Depressionsmoduls werden einbezogen, da sie nach den wichtigen somatischen Symptomen Schlafstörung und Müdigkeit/Energielosigkeit fragen. Die 13 Items des somatoformen Moduls werden mit 0 ("Nicht beeinträchtigt"), 1 ("Wenig beeinträchtigt"), bzw. 2 ("Stark beeinträchtigt") bewertet. Den beiden Items aus der Depressionssektion werden entsprechend die Werte 0 ("Überhaupt nicht"), 1 ("An einzelnen Tagen"), bzw. 2 ("An mehr als der Hälfte der Tage" oder "Beinahe jeden Tag") zugewiesen. Der Skalensummenwert liegt somit zwischen 0 und 30.“

Stress / psychosoziale Belastung:

„Ein Schweregrad für den Bereich "Stress" kann durch Aufsummierung dieser zehn Items [Fragen 6a-j, Anm. d. Verf.] zu einem Skalensummenwert gebildet werden. Die numerische Bewertung der einzelnen Items beträgt 0 ("Nicht beeinträchtigt"), 1 ("Wenig beeinträchtigt"), bzw. 2 ("Stark beeinträchtigt"). Der Skalensummenwert "Stress" variiert dementsprechend zwischen 0 und 20.“

2.8.1.5 Korrelationen

Für die beiden am häufigsten detektierten Störungen (depressives Syndrom und somatoformes Syndrom), sowie für die Parameter „Stress / psychosoziale Belastung“ und „Komorbidität“ (=Anzahl der erfassten Syndrome pro Person) wurde getestet, ob Korrelationen mit der Ausprägung folgender Variablen bestehen:

- Alter und Geschlecht
- Kultureller Hintergrund (Sprache)
- Dauer des Aufenthaltes in der GU
- Selbsteinschätzung des seelischen Gesundheitszustandes
- Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen in der GU

Grundlage für die Berechnung der Korrelationen waren jeweils die **Skalensummenwerte** „Depressivität“, „somatoforme Symptome“ und „Stress“ (Vgl. Absatz 2.8.1.4) sowie die Summe der pro Teilnehmer erfassten Syndrome („Komorbidität“).

2.8.1.5.1 Skalenniveaus

Die Variablen „Geschlecht“ und „kultureller Hintergrund“ sind nominalskaliert. Alle anderen unter Absatz 2.8.1.5 aufgeführten Variablen sind intervallskaliert.

2.8.1.5.2 Tests auf Normalverteilung

Für die Berechnung von Korrelationen zwischen zwei intervallskalierten Variablen muss bekannt sein, ob die Daten dieser Variablen normalverteilt sind. Die Überprüfung auf Normalverteilung erfolgte mit Hilfe graphischer Verfahren (Box-Plot, Histogramm, Q-Q-Plot) und des Kolmogorov-Smirnov-Tests. Eine annähernde Normalverteilung ergab sich hierbei für die Variable „Stress / psychosoziale Belastung“. Bei den anderen intervallskalierten Variablen lag keine Normalverteilung vor.

2.8.1.5.3 Berechnung der Korrelationen

Aufgrund der fehlenden Normalverteilung der Daten waren die Bedingungen für die Anwendung des Korrelationskoeffizienten nach Pearson nicht erfüllt.

Für die Berechnung von Korrelationen zwischen zwei intervallskalierten Variablen wurde daher der Spearman Rangkorrelationskoeffizient verwendet.

Der Chi-Quadrat-Test wurde angewandt, wenn eine der beiden Variablen nominalskaliert war. War die andere Variable intervallskaliert, wurde sie in Kategorien unterteilt (s. Ergebnisteil). In einigen Fällen war die Anzahl der Fälle (Personen) in den einzelnen zu vergleichenden Gruppen sehr gering. Hatten mehr als 20% der Zellen der Kreuztabelle eine erwartete Häufigkeit von < 5 Fällen, so wurden Gruppen zusammengefasst (bspw. wurde der „kulturelle Hintergrund“ (d.h. die Sprache des Fragebogens) bei einigen Berechnungen nach Regionen zusammengefasst). Vorgenommene Gruppenzusammenfassungen werden im Ergebnisteil einzeln erwähnt.

2.8.2 Auswertung der offenen Fragen

Alle Antworten, die im Kontext der jeweiligen Frage interpretierbar waren, sind in die Auswertung eingegangen. Die Auswertung der offenen Fragen erfolgte teilweise quantitativ durch Gruppierung der Antworten in thematische Kategorien und anschließende Auszählung der Anzahl an Nennungen pro Kategorie. Zu jeder Frage wurden außerdem beispielhaft Antworten zitiert, um die Auswahl der Kategorien zu illustrieren oder Antworten mit besonderer Aussagekraft wiederzugeben.

Rechtschreibfehler der Dolmetscher in der englischen oder deutschen Übersetzung wurden verbessert (die Muttersprache der Übersetzer war jeweils die Sprache des Fragebogens). Wenn grammatikalische Fehler vorlagen, die das Verständnis evtl. erschweren könnten, wurden diese ebenfalls korrigiert.

3 ERGEBNISSE

3.1 Sozio-demographische Daten

Insgesamt nahmen 183 Bewohner der Gemeinschaftsunterkunft an der Befragung teil. Die Anzahl der Teilnehmer in den verschiedenen Sprachen variierte zwischen 14 (Deutsch) und 36 (Englisch) (Tabelle 7).

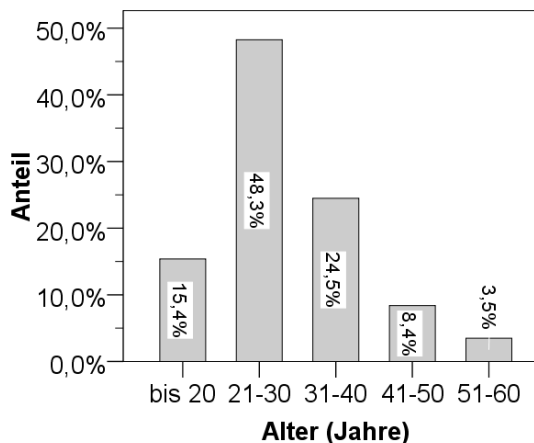
Tabelle 7: Verteilung der Fragebögen nach Sprache (n=183)

Sprache	Fragebögen	
	Anzahl	Anteil
Amharisch	22	12,0%
Arabisch	31	16,9%
Farsi	30	16,4%
Russisch	22	12,0%
Somali	28	15,3%
Deutsch	14	7,7%
Englisch	36	19,7%
Gesamt	183	100,0%

3.1.1 Altersverteilung

Das mittlere Alter (\pm Standardabweichung) der Teilnehmer betrug 29,2 Jahre (\pm 9,4 Jahre), mit einer Variationsbreite von 14 bis 59 Jahren (Abbildung 12).

Abbildung 12: Altersverteilung (n=146)



In Tabelle 8 ist das mittlere Alter der Teilnehmer nach Sprachen aufgeschlüsselt (von den Personen, die ihr Alter angegeben haben).

Tabelle 8: Mittleres Alter der Teilnehmer nach Sprachen

	Amharisch	Arabisch	Farsi	Russisch	Somali	Deutsch	Englisch
Alter	27,7	31,3	24,8	34,2	29,8	27,3	27,3
(\pmSt.abw.)	(\pm 8,4)	(\pm 9,3)	(\pm 9,0)	(\pm 11,9)	(\pm 8,5)	(\pm 5,4)	(\pm 8,3)
n	15	31	20	20	24	9	27

3.1.2 Geschlechterverteilung

59,0 Prozent der Teilnehmer waren männlich, 23,5 Prozent waren weiblich. 32 Teilnehmer (17,5 %) haben ihr Geschlecht nicht angegeben.

Tabelle 9 zeigt die Geschlechterverteilung in den verschiedenen sprachlichen Gruppen (von den Personen, die ihr Geschlecht angegeben haben).

Tabelle 9: Geschlechterverteilung der Teilnehmer nach Sprachen

	Amharisch	Arabisch	Farsi	Russisch	Somali	Deutsch	Englisch
Weiblich	57,1%	0,0%	17,9%	36,4%	50,0%	30,0%	13,0%
Männlich	42,9%	100,0%	82,1%	63,6%	50,0%	70,0%	87,0%
n (m+w)	21	23	28	22	24	10	23

3.1.3 Familienstand

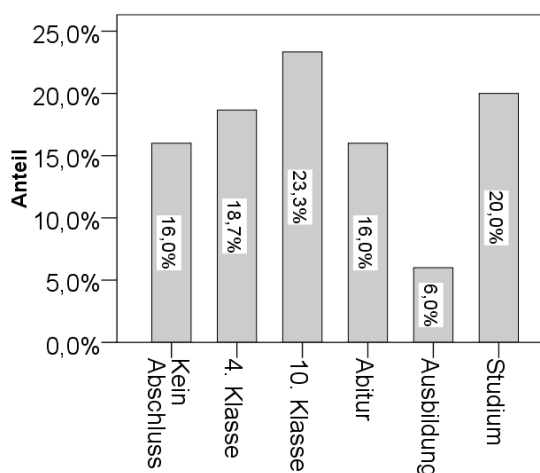
Ein Großteil der Befragten (59,0%) gab an, ledig zu sein und keinen Partner zu haben. Verheiratet waren 29,2% der Befragten, 5,0% hatten einen festen Partner, 3,1% waren getrennt und 2,5% verwitwet (n=161).

32 Personen (19,9%) hatten Kinder. Von diesen Personen waren zwei Drittel verheiratet (65,6%; 21 Personen), ungefähr ein Drittel hatte keinen Partner (31,3%; 10 Personen) und eine Person (3,1%) war nicht verheiratet, lebte aber in einer festen Beziehung.

3.1.4 Schulbildung

Bei der Frage nach dem höchsten erreichten Schulabschluss, gab ein Fünftel (20,0%) der Teilnehmer an, ein Hochschulstudium abgeschlossen zu haben. Insgesamt etwa ein Viertel der Teilnehmer (26,0%) verfügte über eine berufliche Qualifikation (Hochschulstudium

Abbildung 13: Höchster erreichter Schulabschluss (n=150)



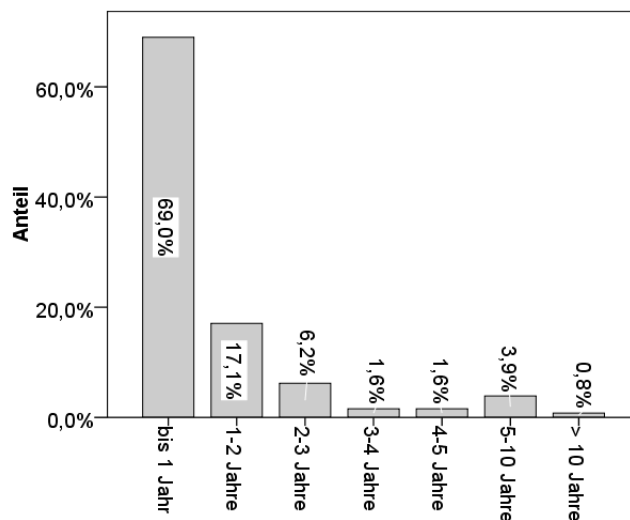
oder Berufsausbildung). Etwa zwei Drittel (65,3%) der Befragten haben mindestens zehn Jahre lang die Schule besucht; 18,7% haben die Grundschule abgeschlossen und 16,0% verfügten über keinen Schulabschluss (weniger als 4 Jahre Schulbildung). (Abbildung 13).

3.1.5 Zeitangaben

In Abbildung 14 sind die verschiedenen Aufenthaltszeiten in der GU wiedergegeben (n=129).

Es handelt sich um eine stark rechtsschiefe Verteilung. Die meisten Teilnehmer leben seit weniger als einem Jahr in der Gemeinschaftsunterkunft. Es gibt jedoch auch einige Teilnehmer, die seit mehreren Jahren in der GU wohnen. 14,1% der Be-

Abbildung 14: Aufenthaltszeiten in der GU (n=129)



fragten leben seit mehr als 2 Jahren in der GU und 4,7% seit mehr als 5 Jahren. Die maximale Aufenthaltsdauer in der GU beträgt 11 Jahre (Minimum: 1 Monat).

Tabelle 10 zeigt die mittlere Aufenthaltsdauer in der GU nach Sprachen aufgeschlüsselt.

Tabelle 10: Aufenthaltsdauer in der GU (in Monaten); Mittelwert (=MW) und Median

	Amharisch	Arabisch	Farsi	Russisch	Somali	Deutsch	Englisch
MW	11,7	33,1	7,2	24,0	6,5	14,9	10,6
(±St.abw.)	(±8,6)	(±34,7)	(±8,0)	(±34,8)	(±1,6)	(±9,3)	(±14,8)
Median	10,0	24,0	3,5	8,0	6,5	16,5	6,0
n	15	26	20	15	14	10	29

Die mittlere Zeit (arithmetisches Mittel) seit Verlassen des Heimatlandes lag bei 29,7 Monaten (n=115), die mittlere Zeit seit Ankunft in Deutschland bei 20,4 Monaten (n=141) und die mittlere Zeit seit Ankunft in der GU bei 16,2 Monaten (n=129). Der Median liegt für die Zeit seit Verlassen des Heimatlandes bei 12 Monaten (n=115), für

die Zeit seit Ankunft in Deutschland bei 9 Monaten (n=141) und für die Zeit seit Ankunft in der GU bei 8 Monaten (n=129). (Tabelle 11)

Tabelle 11: Zeitangaben (in Monaten)

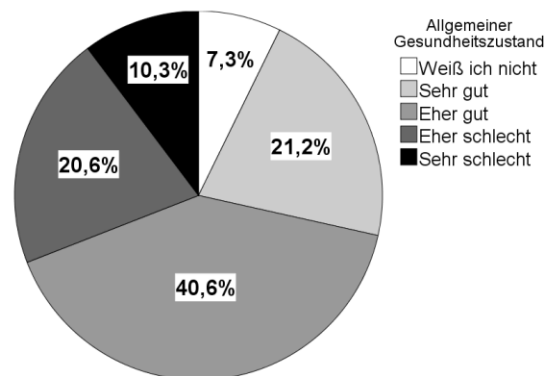
	Monate seit Verlassen des Heimatlandes	Monate seit Ankunft in Deutschland	Monate seit Ankunft in der GU
MW(±SD)*	29,7 (±39,6)	20,4 (±30,0)	16,2 (±23,2)
Median	12	9	8
Min.	2	2	1
Max.	216	180	132
n	115	141	129

* MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

3.2 Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und Lebenssituation

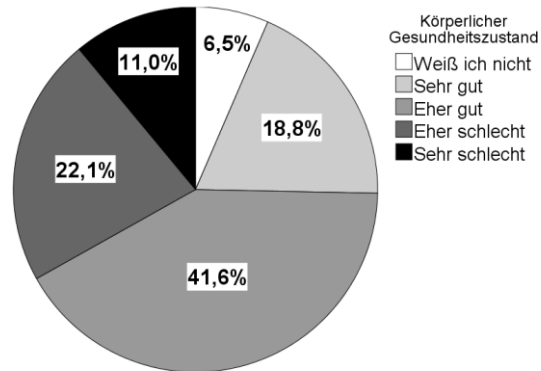
Bei der Frage nach dem augenblicklichen Gesundheitszustand gaben 61,8% der Teilnehmer einen „eher guten“ bis „sehr guten“ Gesundheitszustand an. 30,9% der Befragten bezeichneten ihren Gesundheitszustand als „eher schlecht“ bis „sehr schlecht“. (Abbildung 15)

Abbildung 15: Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (n=165)



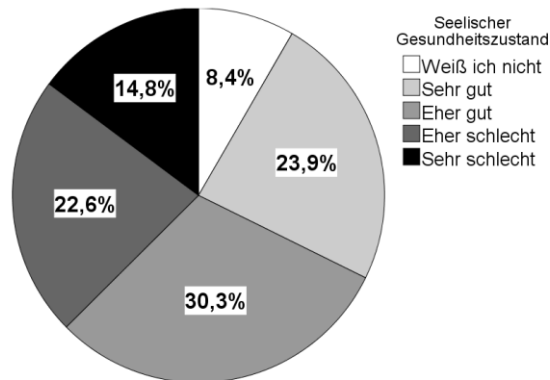
Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei der Frage nach dem augenblicklichen körperlichen Gesundheitszustand. Hier antworteten 60,4% der Befragten mit „sehr gut“ oder „eher gut“ und 33,1% mit „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“. (Abbildung 16)

Abbildung 16: Selbsteinschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes (n=154)



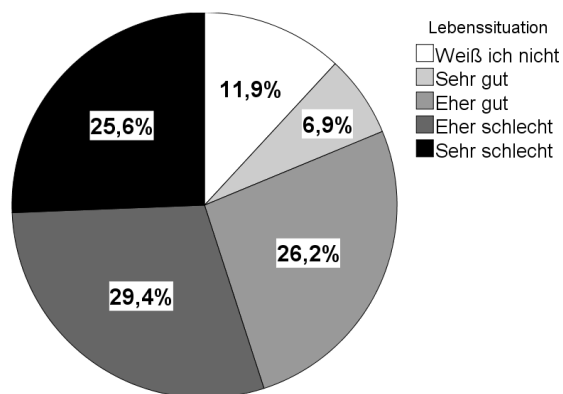
Ihren seelischen Gesundheitszustand schätzten etwas mehr als die Hälfte (54,2%) der Teilnehmer als positiv und 37,4% als negativ ein. (Abbildung 17)

Abbildung 17: Selbsteinschätzung des seelischen Gesundheitszustandes (n=155)



Die Frage nach der aktuellen Lebenssituation beantworteten 33,1 % mit „sehr gut“ oder „eher gut“, während 55,0% „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“ angaben (Abbildung 18).

Abbildung 18: Selbsteinschätzung der aktuellen Lebenssituation (n=160)



3.3 Lebensbedingungen in der GU

Die Einschlusskriterien zur Datenauswertung wurden von 113 Fragebögen erfüllt, dies entspricht 61,7% aller Fragebögen. Es fällt auf, dass für diesen Teil des Fragebogens in den Sprachen Somali und Deutsch überproportional viele Fragebögen nicht auswertbar waren (Tabelle 12).

Tabelle 12: Anteil der einzelnen Sprachen in der Auswertung der Fragen zu Lebensbedingungen in der GU

Sprache	Fragebögen gesamt, n (%)	Auswertbare Fragebögen, n (%)	Anteil gewerteter Fragebögen je Sprache
Amharisch	22 (12,0%)	14 (12,4%)	63,6%
Arabisch	31 (16,9%)	24 (21,2%)	77,4%
Farsi	30 (16,4%)	22 (19,5%)	73,3%
Russisch	22 (12,0%)	19 (16,8%)	86,4%
Somali	28 (15,3%)	6 (5,3%)	21,4%
Deutsch	14 (7,7%)	5 (4,4%)	35,7%
Englisch	36 (19,7%)	23 (20,4%)	63,9%
Gesamt	183 (100,0%)	113 (100,0%)	61,7%

3.3.1 **Bewertung der Lebensbedingungen**

Tabelle 13 und Abbildung 19 geben die mittleren Bewertungen (mit 95%-Konfidenzintervallen) der verschiedenen Kategorien wieder. Zunehmende Werte stehen für eine zunehmend positive Bewertung der aktuellen Situation in Bezug auf die jeweiligen Bedürfnisse. Der Wert 4 steht für eine maximale Zufriedenheit, der Wert 1 für eine maximale Unzufriedenheit bzw. maximale Belastung. Ein Durchschnittswert von 2,5 entspricht somit einer neutralen Bewertung.

Abbildung 19: Mittlere Bewertungen der verschiedenen Kategorien (mit 95%-Konfidenzintervallen, n: s. Tab 13)

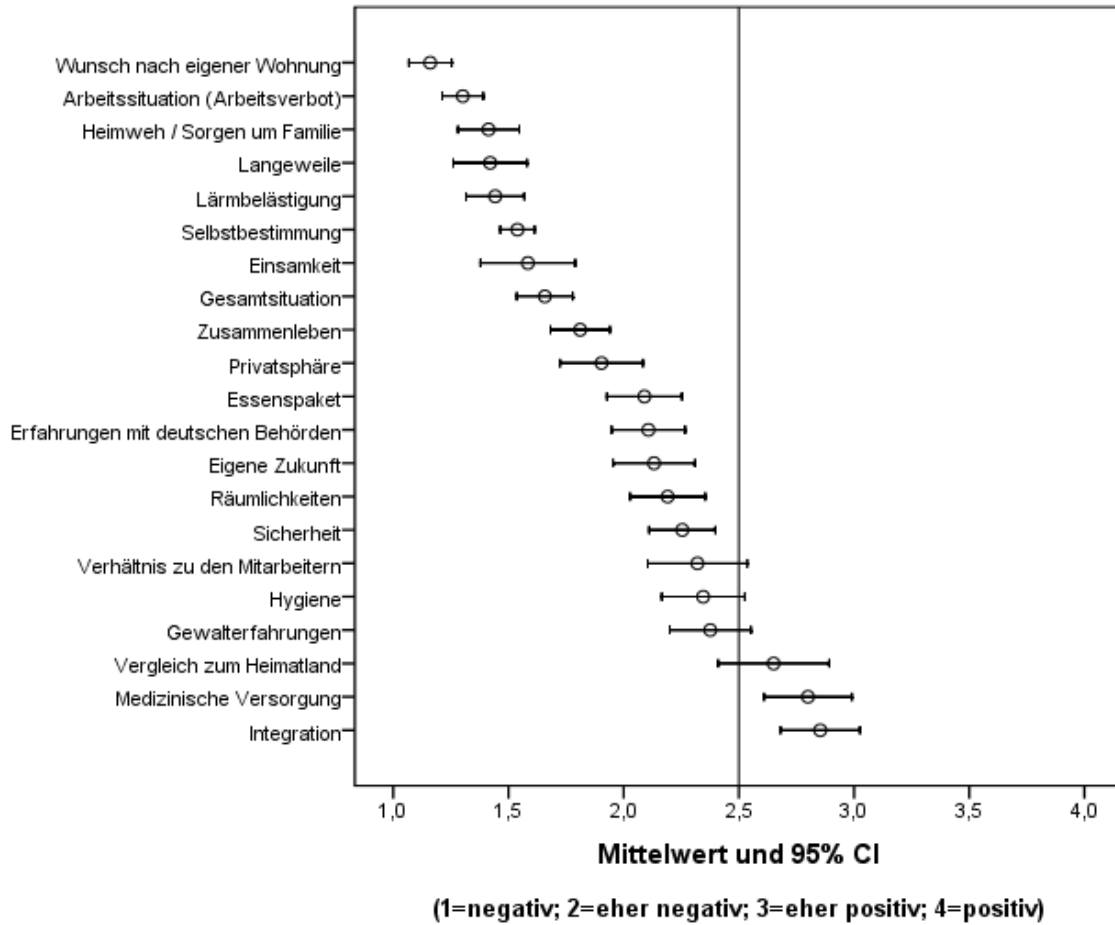


Tabelle 13: Mittlere Bewertungen der verschiedenen Kategorien

Nr.	Kategorie	n	MW	Nr.	Kategorie	n	MW
1.	Wunsch nach eigener Wohnung	106	1,16	12.	Erfahrungen mit deutschen Behörden	113	2,11
2.	Arbeitssituation (Arbeitsverbot)	111	1,30	13.	Eigene Zukunft	110	2,13
3.	Heimweh/Sorgen um Familie	110	1,41	14.	Räumlichkeiten	110	2,19
4.	Langeweile	107	1,42	15.	Sicherheit	112	2,25
5.	Lärmbelästigung	113	1,44	16.	Verhältnis zu den Mitarbeitern	103	2,32
6.	Selbstbestimmung	113	1,54	17.	Hygiene	112	2,35
7.	Einsamkeit	101	1,58	18.	Gewalterfahrungen	109	2,38
8.	Gesamtsituation	111	1,66	19.	Vergleich zum Heimatland	106	2,65
9.	Zusammenleben	113	1,81	20.	Medizinische Versorgung	110	2,80
10.	Privatsphäre	109	1,90	21.	Integration	108	2,85
11.	Essenspaket	113	2,09				

MW = Mittelwert

Drei der Kategorien werden von den Teilnehmern im Durchschnitt positiv bewertet: die Integration in die deutsche Gesellschaft, die medizinische Versorgung und der Vergleich ihrer aktuellen Situation mit der Situation im Heimatland. Die restlichen Kategorien werden in Hinblick auf die aktuelle Situation eher negativ wahrgenommen. Die 95%-Konfidenzintervalle der Kategorien 1 („Wunsch nach eigener Wohnung“) bis 15 („Sicherheit“) liegen außerhalb des „neutralen“ Wertes von 2,5. Gleiches gilt für die Kategorien 20 („Medizinische Versorgung“) und 21 („Integration“), welche signifikant positiv bewertet wurden.

3.3.2 Wahrnehmung von gesundheitlichen Belastungen

Tabelle 14 und Abbildung 20 zeigen die Wahrnehmung der Teilnehmer in Hinsicht auf den Einfluss der verschiedenen Lebensbereiche auf die eigene Gesundheit. Wie in Abschnitt 3.3.1 sind auch hier der Mittelwert und die 95%-Konfidenzintervalle aller ausgewerteten Fragebögen angegeben. Aufsteigende Werte von 1 bis 4 stehen für eine Zunahme der wahrgenommenen Auswirkungen auf die eigene Gesundheit. Die Reihenfolge der Kategorien entspricht der Reihenfolge in Tabelle 13 und Abbildung 19.

Die mittleren Einflusswerte schwanken zwischen 2,36 („Medizinische Versorgung“) und 3,13 („Langeweile“). Sie liegen somit überwiegend im mittleren bis höheren Bereich der Werteskala.

Der wahrgenommene Einfluss auf die eigene Gesundheit scheint von oben nach unten (also mit zunehmender Zufriedenheit, Vgl. Abbildung 19) abzunehmen. Ausnahmen zu dieser Beobachtung stellen vor allem die Kategorien „Vergleich der aktuellen Lebenssituation mit dem Leben im Heimatland“ und „Bewertung der eigenen Zukunft“ dar, welche als vergleichsweise wichtig bewertet wurden. Die Kategorie „Essenspaket“ wurde hingegen als vergleichsweise weniger einflussreich bewertet.

Bei dieser Frage haben sich insgesamt deutlich mehr Teilnehmer einer Antwort enthalten als bei der Frage zur Bewertung der Lebensbedingungen. Die Anzahl an auswertbaren Fragebögen liegt je nach Kategorie lediglich zwischen 60 und 77 (vs. 101 bis 113 Fragebögen in Abschnitt 3.1.1).

Abbildung 20: Mittlere Bewertungen des Einflusses der verschiedenen Kategorien auf die eigene Gesundheit (mit 95% Konfidenzintervallen, n: s. Tab 14)

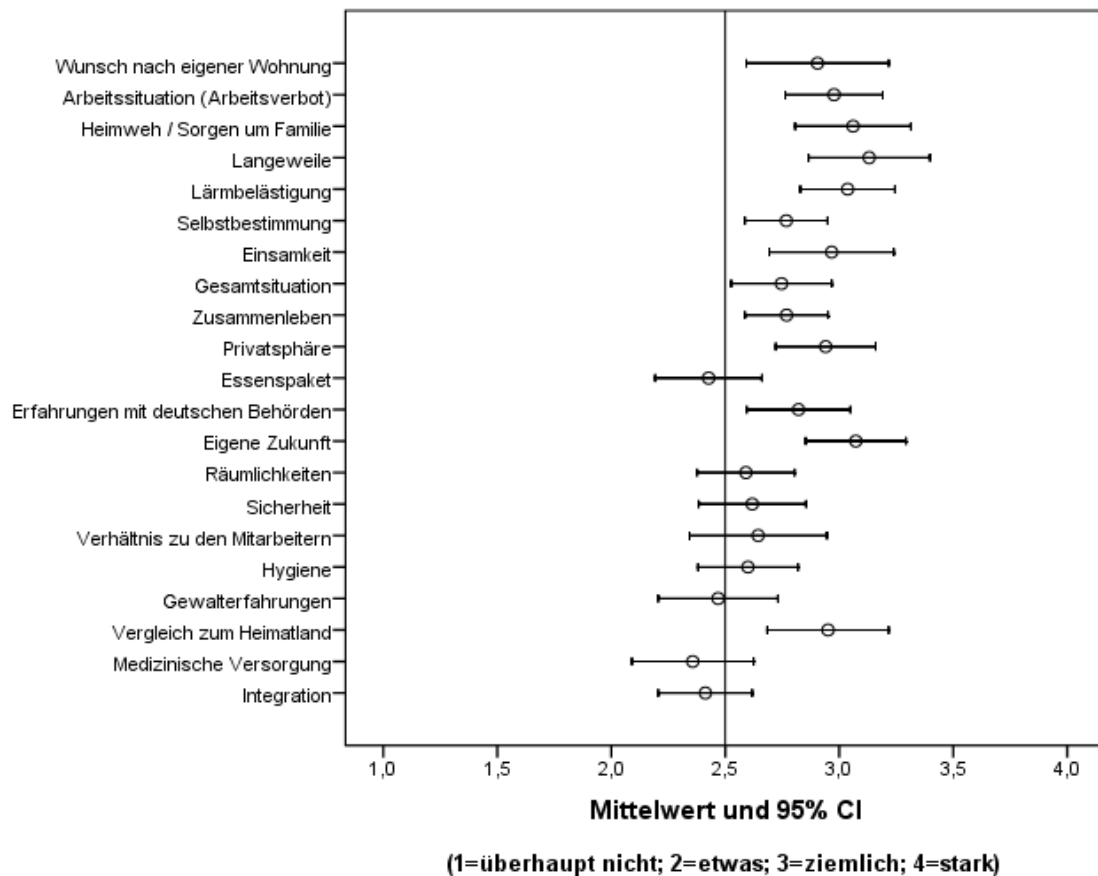


Tabelle 14: Mittlere Bewertungen des Einflusses der verschiedenen Kategorien auf die eigene Gesundheit

Nr.	Kategorie	n	MW	Nr.	Kategorie	n	MW
1.	Wunsch nach eigener Wohnung	63	2,90	12.	Erfahrungen mit deutschen Behörden	69	2,82
2.	Arbeitssituation (Arbeitsverbot)	65	2,98	13.	Eigene Zukunft	69	3,07
3.	Heimweh / Sorgen um Familie	66	3,06	14.	Räumlichkeiten	72	2,59
4.	Langeweile	61	3,13	15.	Sicherheit	69	2,62
5.	Lärmbelästigung	68	3,04	16.	Verhältnis zu den Mitarbeitern	59	2,64
6.	Selbstbestimmung	77	2,77	17.	Hygiene	72	2,60
7.	Einsamkeit	60	2,97	18.	Gewalterfahrungen	64	2,47
8.	Gesamtsituation	71	2,75	19.	Vergleich zum Heimatland	61	2,95
9.	Zusammenleben	72	2,77	20.	Medizinische Versorgung	63	2,36
10.	Privatsphäre	67	2,94	21.	Integration	61	2,41
11.	Essenspaket	74	2,43				

MW = Mittelwert

3.4 „Patient Health Questionnaire“

Die Einschlusskriterien für die Auswertung der PHQ-Fragebögen wurden von 140 Fragebögen erfüllt, dies entspricht 76,5% aller Fragebögen. Wie bereits unter Absatz 3.3 beschrieben, erfüllten auch in diesem Abschnitt überproportional viele Somali-Fragebögen nicht die Einschlusskriterien. Von den 14 deutschsprachigen Fragebögen konnten hier 13 Fragebögen ausgewertet werden (Vgl. Tabelle 15).

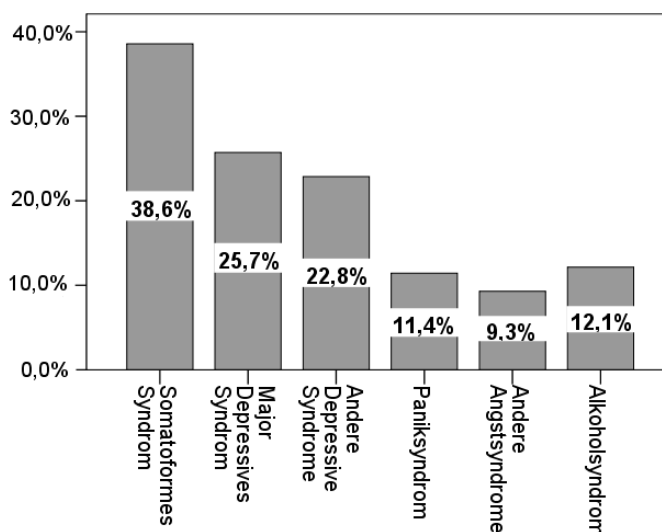
Tabelle 15: Anteil der einzelnen Sprachen in der Auswertung des Patient Health Questionnaire

Sprache	Fragebögen gesamt, n (%)	Auswertbare Fragebögen, n (%)	Anteil gewerteter Fragebögen je Sprache
Amharisch	22 (12,0%)	17 (12,1%)	77,3%
Arabisch	31 (16,9%)	29 (20,7%)	93,5%
Farsi	30 (16,4%)	22 (15,7%)	73,3%
Russisch	22 (12,0%)	18 (12,9%)	81,8%
Somali	28 (15,3%)	11 (7,9%)	39,3%
Deutsch	14 (7,7%)	13 (9,3%)	92,9%
Englisch	36 (19,7%)	30 (21,4%)	83,3%
Gesamt	183 (100,0%)	140 (100,0%)	76,5%

3.4.1 Syndrome

Abbildung 21 zeigt die Häufigkeit der einzelnen durch den „Patient Health Questionnaire“ in der Studienpopulation detektierten Syndrome (n=140).

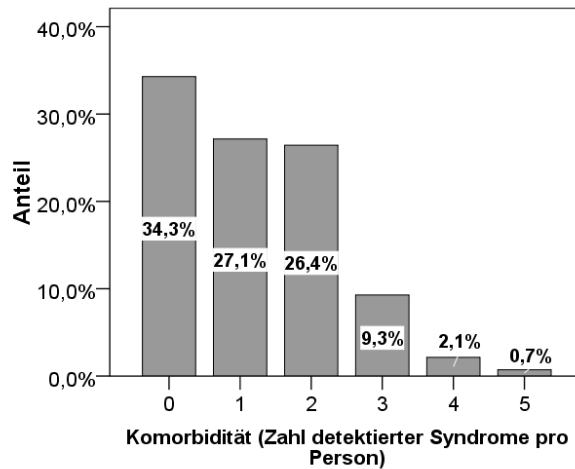
Abbildung 21: Relative Häufigkeit der PHQ-Syndrome (n=140)



3.4.2 Komorbiditäten

Bei etwa einem Drittel (34,3%) der Teilnehmer wurde keine der fünf oben genannten Störungen erfasst (Somatoformes Syndrom, Depressive Syndrome, Paniksyndrom, andere Angsterkrankungen, Alkoholsyndrom). 53,5% waren entweder für ein oder für zwei der Syndrome positiv. Komorbiditäten mit drei oder mehr Syndromen wurden bei 12,1% der Teilnehmer festgestellt (Abbildung 22).

Abbildung 22: Anzahl von PHQ-Syndromen pro Person (n=140)



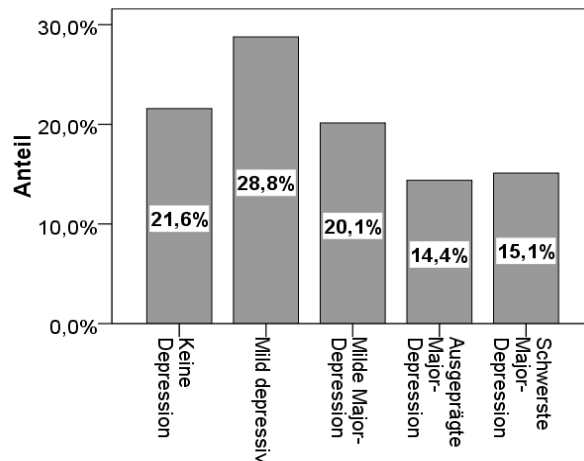
3.4.3 Skalensummenwerte

3.4.3.1 Depressivität

Werden die im „Patient Health Questionnaire“ erfragten depressiven Symptome in einer kontinuierlichen Punkteskala von 0 bis 27 zusammengefasst, so ergibt sich die in Abbildung 23 dargestellte Häufigkeitsverteilung.

Ein Punktwert kleiner als 5 steht für „Keine Depression“, ein Punktwert von 5 bis 9 bedeutet „Mild depressiv“ und ein Punktwert von mind. 10 steht für „Major Depression“. Bei der Major-Depression wird weiter unterschieden zwischen einer „milden Major-Depression“ (Punktwert 10-14), einer „ausgeprägten Major-Depression“ (Punktwert 15-19) und der „schwersten Major-Depression“ (Punktwert 20-27).

Abbildung 23: Ausprägung der Depressivität (n=140)



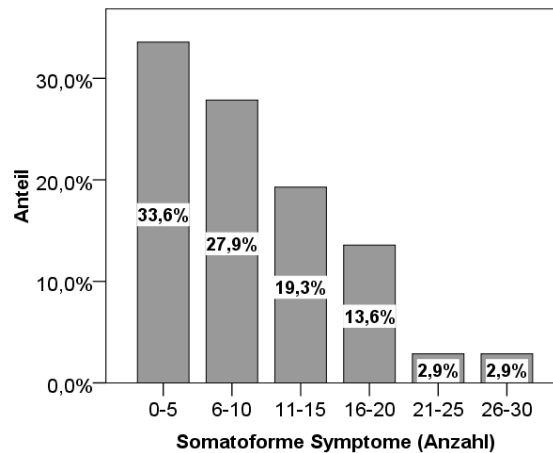
Hierbei ist zu bemerken, dass diese Bezeichnungen nicht immer mit den DSM-IV-Kriterien übereinstimmen. Die Prozentwerte der verschiedenen Kategorien weichen daher von den in Absatz 3.4.1 angegebenen Prozentwerten ab.

3.4.3.2 Somatoforme Symptome

Die Ausprägung der Belastung durch somatoforme Symptome wird in Abbildung 24 wiedergegeben.

Gemessen auf einer Skala von 0 bis 30 weisen ca. ein Drittel der Befragten Skalensummenwerte von maximal fünf Punkten auf. 61,5% liegen in dem Bereich von 0 bis 10 Punkten und 94,4% in dem Bereich von 0 bis 20 Punkten. 5,8% der Teilnehmer weisen einen Punktwert von über 20 auf.

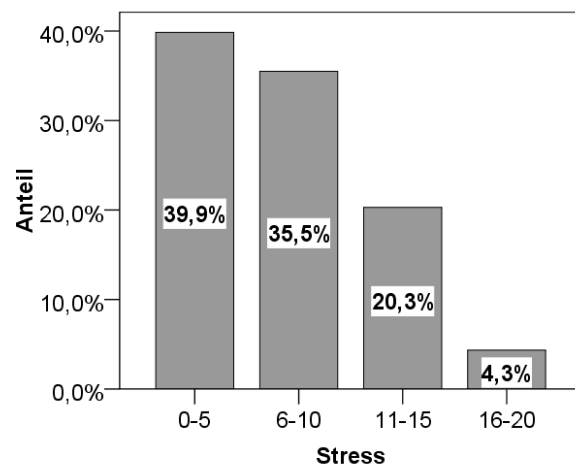
Abbildung 24: Anzahl somatoformer Symptome pro Person (n=140)



3.4.3.3 Psychosoziale Belastung

Der „Patient Health Questionnaire“ misst Faktoren psychosozialer Belastung („Stress“), die den folgenden Bereichen zuzuordnen sind (Fragen 6 a-j): eigener Körper (Gesundheit, Aussehen), Partnerschaft, Familie, Arbeit/Schule, finanzielle Probleme, Einsamkeit und schlimme Erlebnisse bzw. Traumatisierungen. Die psychosoziale Belastung wird zusammengefasst und auf einer Punkte-skala von 0 bis 20 wiedergegeben. Für die Teilnehmer der vorliegenden Studie ergibt sich die in Abbildung 25 dargestellte Verteilung.

Abbildung 25: Ausprägung der psychosozialen Belastung („Stress“) (n=140)



3.4.4 Traumatisierung

Die Frage Nr. 6j „*Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt: Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber – z.B. die Zerstörung des eigenen Heims, ein schwerer Unfall oder körperliche Gewalt?*“ beantworteten 28,6% der Teilnehmer mit „stark beeinträchtigt; insgesamt gaben 57,2% eine Beeinträchtigung an („wenig“ oder „stark“) (n=140). Diese Personengruppe muss somit als (potentiell) traumatisiert angesehen werden. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung wird durch den „Patient Health Questionnaire“ nicht getestet.

3.4.5 Gewalterfahrung

Gewalterfahrungen werden durch die Frage 7 erfasst: „*Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden?*“ Diese Frage wurde in 32 (22,9%) der ausgewerteten Fragebögen (n=140) mit „Ja“ beantwortet.

3.4.6 Medikamenteneinnahme

31 Teilnehmer (22,1% der Befragten, n=140) gaben an, Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress einzunehmen.

3.5 Korrelationen

Für jede der PHQ-Variablen „Depressivität“, „Somatoforme Symptome“, „Stress/psychosoziale Belastung“ und „Komorbidität“ wurde getestet, ob eine Korrelation mit der Ausprägung der folgenden Variablen besteht:

- Alter und Geschlecht
- Kultureller Hintergrund (Sprache)
- Dauer des Aufenthaltes in der GU
- Selbsteinschätzung des seelischen Gesundheitszustandes
- Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen in der GU

3.5.1 Alter und Geschlecht

Es wurde keine statistisch signifikante Korrelation zwischen dem Alter bzw. dem Geschlecht der Teilnehmer und der Ausprägung der vier Variablen „Depressivität“, „somatoforme Symptome“, „Stress/psychosoziale Belastung“ und „Komorbidität“ festgestellt.

3.5.2 Kultureller Hintergrund

Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests wurde geprüft, ob es signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Teilnehmern verschiedener Kulturen in Hinsicht auf die oben aufgeführten PHQ-Variablen gibt.

Da die Zahl der Personen in den zu vergleichenden Subgruppen zu gering war, um eine statistisch zuverlässige Aussage treffen zu können, mussten Gruppen zusammengefasst werden (Vgl. Absatz 2.8.1.5.3 „Berechnung der Korrelationen“).

Folgende Gruppenzusammenfassungen wurden vorgenommen:

- Die Sprachen wurden nach Regionen zusammengefasst: Arabisch und Farsi (arabische Staaten); Amharisch und Somali (Afrika); Deutsch und Englisch (Fremdsprachen); die Sprache Russisch wurde als eigene Gruppe beibehalten.
- Depressivität: Die Kategorien „milde Major-Depression“, „ausgeprägte Major-Depression“ und „schwerste Major-Depression“ wurden in einer Kategorie („Major-Depression“) zusammengefasst.
- Somatoforme Symptome: Es wurde zwischen den Kategorien 0-15 und 16-30 unterschieden.
- Stress: Die Ausprägung wurde in die Kategorien 0-10 und 11-20 unterteilt.
- Komorbidität: Die Ausprägung wurde in die Kategorien 0-2 bzw. 3-5 erfasste Störungen unterteilt.

Signifikante Gruppenunterschiede zwischen den verschiedenen Sprachgruppen konnten für die Merkmale „Depressivität“ ($p=0,007$), „somatoforme Symptome“ ($p=0,002$) und „Komorbidität“ ($p=0,047$) nachgewiesen werden. Es fand sich kein Anhalt für eine sig-

nifikante Korrelation zwischen dem kulturellen Hintergrund und der Variablen „Stress/ psychosoziale Belastung“.

Die folgenden Kreuztabellen stellen die gemessene Anzahl (bzw. den Anteil in Prozent) an Personen in den verschiedenen Untergruppen der erwarteten Anzahl (bzw. dem erwarteten Anteil) gegenüber. Die erwartete Anzahl entspricht der Personenzahl, die bei einer Verteilung gemessen würde, welche von der Herkunft unabhängig ist. Der erwartete Anteil entspricht somit dem jeweiligen Anteil in der Gesamtgruppe der Befragten.

3.5.2.1 Depressivität

Vergleicht man jeweils den gemessenen mit dem erwarteten Anteil an Personen in den Subgruppen, so fällt auf, dass die russisch-sprachigen Teilnehmer in der Gruppe „Major-Depression“ überrepräsentiert sind (82,4% der russisch-sprachigen Teilnehmer bei erwarteten 49,6%). Unter den Teilnehmern, die an der deutschen und englischen Befragung teilgenommen haben, war dieser Anteil geringer als erwartet (32,6% gemessen vs. 49,6% erwartet). (Tabelle 16) Der Anteil der Teilnehmer, bei denen kein Hinweis auf eine Depression vorlag, war in der Gruppe der afrikanischen Teilnehmer (Amharisch und Somali) am höchsten (35,7% der afrikanischen Teilnehmer bei erwarteten 21,6%).

Tabelle 16: Kreuztabelle Depressivität und Sprachen

		Depressivität			Gesamt	
		Keine Depression	Mild depressiv	Major Depression		
Sprachen	Arabisch und Farsi	Erwartete Anzahl	11,0	14,7	25,3	51,0
		Beobachtete	8	15	28	51
		Anzahl und Anteil	15,7%	29,4%	54,9%	100,0%
Amharisch und Somali	Erwartete Anzahl	6,0	8,1	13,9	28,0	
	Beobachtete	10	5	13	28	
	Anzahl und Anteil	35,7%	17,9%	46,4%	100,0%	
Russisch	Erwartete Anzahl	3,7	4,9	8,4	17,0	
	Beobachtete	1	2	14	17	
	Anzahl und Anteil	5,9%	11,8%	82,4%	100,0%	
Deutsch und Englisch	Erwartete Anzahl	9,3	12,4	21,3	43,0	
	Beobachtete	11	18	14	43	
	Anzahl und Anteil	25,6%	41,9%	32,6%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	30	40	69	139	
	Anteil*	21,6%	28,8%	49,6%	100,0%	

* entspricht dem erwarteten Anteil in jeder Sprachgruppe

3.5.2.2 Somatoforme Symptome

Eine überproportional hohe Belastung an somatoformen Symptomen fand sich ebenfalls in der russischsprachigen Teilnehmergruppe (gemessener Anteil an stark Belasteten von 44,4% bei einem erwarteten Anteil von 19,3%), sowie der persisch/arabischsprachigen Teilnehmergruppe (23,5% vs. 19,3%). In den anderen Untergruppen war die Belastung vergleichsweise geringer, hier lag die gemessene Anzahl der Personen mit geringer Belastung jeweils über der erwarteten Personenzahl. (Tabelle 17)

Tabelle 17: Kreuztabelle somatoforme Symptome und Sprachen

		Somatoforme Symptome (Anzahl)			
		0 - 15	16 - 30	Gesamt	
Sprachen	Arabisch und Farsi	Erwartete Anzahl	41,2	9,8	51,0
		Beobachtete	39	12	51
		Anzahl und Anteil	76,5%	23,5%	100,0%
	Amharisch und Somali	Erwartete Anzahl	22,6	5,4	28,0
		Beobachtete	26	2	28
		Anzahl und Anteil	92,9%	7,1%	100,0%
	Russisch	Erwartete Anzahl	14,5	3,5	18,0
		Beobachtete	10	8	18
		Anzahl und Anteil	55,6%	44,4%	100,0%
	Deutsch und Englisch	Erwartete Anzahl	34,7	8,3	43,0
		Beobachtete	38	5	43
		Anzahl und Anteil	88,4%	11,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	113	27	140	
	Anteil*	80,7%	19,3%	100,0%	

* entspricht dem erwarteten Anteil in jeder Sprachgruppe

3.5.2.3 Komorbidität

Resultierend aus den obigen Ergebnissen fand sich auch hier eine besonders hohe Belastung der russisch-sprachigen Teilnehmergruppe. In dieser Gruppe wurden durch den „Patient Health Questionnaire“ bei 58,8% der Teilnehmer mindestens 3 der getesteten Störungen erfasst. Der Durchschnitt aller Befragten (=erwarteter Anteil) lag bei 30,2%. In den anderen Gruppen entsprach die Komorbidität den Erwartungswerten (Arabisch und Farsi) oder war geringer als erwartet (Amharisch/Somali und Deutsch/Englisch). (Tabelle 18)

Tabelle 18: Kreuztabelle Komorbidität und Sprachen

		Komorbidität (Anzahl erfasster Syndrome pro Person)			
		0 - 2	3 - 5	Gesamt	
Sprachen	Arabisch und Farsi	Erwartete Anzahl	35,6	15,4	51,0
		Beobachtete	36	15	51
		Anzahl und Anteil	70,6%	29,4%	100,0%
	Amharisch und Somali	Erwartete Anzahl	19,5	8,5	28,0
		Beobachtete	21	7	28
		Anzahl und Anteil	75,0%	25,0%	100,0%
	Russisch	Erwartete Anzahl	11,9	5,1	17,0
		Beobachtete	7	10	17
		Anzahl und Anteil	41,2%	58,8%	100,0%
	Deutsch und Englisch	Erwartete Anzahl	30,0	13,0	43,0
		Beobachtete	33	10	43
		Anzahl und Anteil	76,7%	23,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl	97	42	139	
	Anteil*	69,8%	30,2%	100,0%	

* entspricht dem erwarteten Anteil in jeder Sprachgruppe

3.5.3 Aufenthaltsdauer in der GU

Die Aufenthaltsdauer in der GU korrelierte mit der Ausprägung depressiver Symptome ($p=0,029$) sowie der psychosozialen Belastung/“Stress“ ($p<0,01$). (Tabelle 19) Für die Variablen „somatoforme Symptome“ und „Komorbidität“ wurde kein Anhalt für einen Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer gefunden.

Tabelle 19: Korrelation zwischen PHQ-Variablen und Aufenthaltsdauer in der GU

		Aufenthaltsdauer in der GU	
Spearman-Rho	Somatoforme Symptome	Korrelationskoeffizient	0,080
		Signifikanz (2-seitig)	0,424
		n	102
	Depressivität	Korrelationskoeffizient	0,218*
		Signifikanz (2-seitig)	0,029
		n	101
	Stress	Korrelationskoeffizient	0,292**
		Signifikanz (2-seitig)	0,003
		n	101
	Komorbidität	Korrelationskoeffizient	0,129
		Signifikanz (2-seitig)	0,197
		n	102

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Wie in der Tabelle erkennbar ist, lag die Gesamtzahl der ausgewerteten Fälle nur bei etwa 100 Personen, da einige Teilnehmer keine Angaben zu ihrer Aufenthaltsdauer in der GU gemacht haben.

3.5.4 Selbsteinschätzung des seelischen Gesundheitszustandes

Die Selbsteinschätzung des seelischen Gesundheitszustandes korreliert hochsignifikant mit der durch den „Patient Health Questionnaire“ gemessenen Depressivität ($p < 0,001$), der Belastung durch somatoforme Symptome ($p < 0,001$) und der Anzahl der pro Person erfassten Störungen („Komorbidität“; $p < 0,001$). (Tabelle 20) Es besteht keine signifikante Korrelation mit dem Ausmaß der psychosozialen Belastung („Stress“).

Tabelle 20: Korrelation zwischen PHQ-Variablen und dem selbsteingeschätzten seelischen Gesundheitszustand

		Seelischer Gesundheitszustand	
Spearman-Rho	Somatoforme Symptome	Korrelationskoeffizient	0,412**
		Signifikanz (2-seitig)	< 0,001
		n	126
	Depressivität	Korrelationskoeffizient	0,412**
		Signifikanz (2-seitig)	< 0,001
		n	125
	Stress	Korrelationskoeffizient	0,161
		Signifikanz (2-seitig)	0,071
		n	126
	Komorbidität	Korrelationskoeffizient	0,340**
		Signifikanz (2-seitig)	< 0,001
		n	126

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

3.5.5 Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen in der GU

Tabelle 21 gibt eine Übersicht der Korrelationen zwischen den in Absatz 2.8.1.3 definierten Kategorien (in alphabetischer Reihenfolge) und den vier PHQ-Variablen „Depressivität“, „Somatoforme Symptome“, „Stress/psychosoziale Belastung“ und „Komorbidität“. In der Tabelle sind nur die signifikanten Korrelationen markiert. Alle gemessenen Korrelationen sind negativ. Das bedeutet, dass eine abnehmende Zufriedenheit in den verschiedenen Kategorien mit einem zunehmendem Schweregrad der gemessenen Krankheitsbilder einhergeht (bzw. umgekehrt).

Tabelle 21: Korrelationen zwischen den PHQ-Variablen und den Kategorien der verschiedenen Lebensbereiche

		Somat. Symptome	Depressivität	Stress	Komorbidität
Allgemeine Zufriedenheit mit der Situation in der GU	(n=92)		**	*	**
Arbeitssituation	(n=92)		**		
Einsamkeit	(n=85)		*		
Einschätzung der eigenen Zukunft	(n=92)		**		
Essenspaket	(n=94)	*	**		*
Erfahrungen mit deutschen Behörden	(n=94)				
Gewalterfahrungen in der GU	(n=91)	*			*
Heimweh und Sorgen um Familie/Freunde im Heimatland	(n=92)				
Hygiene	(n=93)	**	**		**
Integration in die deutsche Gesellschaft	(n=91)	**	**	**	
Langeweile	(n=91)		**	*	**
Lärmbelästigung	(n=94)		*	**	
Medizinische Versorgung	(n=92)				
Privatsphäre	(n=91)				
Räumlichkeiten	(n=92)		*		*
Selbstbestimmung	(n=94)		**		*
Sicherheit	(n=94)	**	**		**
Vergleich zum Heimatland	(n=88)		**		
Verhältnis zu den Mitarbeitern der GU	(n=85)	*	**	*	*
Wunsch nach einer eigenen Wohnung	(n=88)				
Zusammenleben mit den Mitbewohnern der GU	(n=94)		**	**	*

* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Die Ausprägung der somatoformen Symptome korreliert mit 6 der aufgeführten 21 Kategorien, das Ausmaß der Depressivität mit 15 Kategorien. Für die Variable „Stress“ wurden 6 Korrelationen nachgewiesen und zehn für die Variable „Komorbidität“.

3.6 Offene Fragen

3.6.1 Gibt es weitere Situationen / Lebensumstände, die Sie belasten?

Die Frage wurde von 47 Teilnehmern beantwortet. Viele Antworten griffen Aspekte auf, welche bereits Bestandteil des Fragebogens waren. Wiederholt genannte Themen, welche in dieser Form nicht im Fragebogen erwähnt wurden, waren die Folgenden (in Klammern Anzahl der Nennungen):

- Wunsch nach einer Aufenthaltsgenehmigung bzw. das Warten darauf (14 Nennungen)
- Wohnheimzaun (8)
- Allgemeine Ungewissheit (7)
- Finanzielle Sorgen (7)
- Fehlende Kenntnisse der deutschen Sprache (5)
- (Interkulturelle) Konflikte in der GU (5)
- Psychischer Druck / mentale Probleme (5)
- Keine (Bewegungs-) Freiheit (4)
- Fehlende Möglichkeit der Schulbildung / weiteren Ausbildung (3)

Einige Beispiele:

„Here it is like living in prison because we are not allowed to move.” (Teilnehmer (TN) Nr. 66, Amharisch)

„The restriction not to take part in the language course is one of our major problems for our speaking skills to integrate with the locals. [...] Why is the police asking and checking only me, even when I am with the Germans?” (TN Nr. 67, Amharisch)

„Ich fühle mich unfrei. Die Zäune nerven mich.” (TN Nr. 181, Russisch)

3.6.2 Welche der in diesem Fragebogen genannten Situationen / Faktoren belastet Sie am meisten?

57 Teilnehmer beantworteten diese Frage. Die am häufigsten genannten Themen waren die **Arbeitslosigkeit** (von 18 Teilnehmern genannt), die allgemeine **Wohnsituation** (15 Nennungen) und das (zu) lange **Warten** auf die Entscheidung über den Asylantrag (ebenfalls 15 Nennungen). An vierter Stelle stand die Regelung der **Essenspakete** (11 Nennungen), gefolgt von einem schlechten/unmenschlichen Umgang bzw. dem Fehlen von **Menschenrechten/Grundbedürfnissen** (zusammen 10 Nennungen).

Weiterhin genannt wurden:

- Mangelnde Freiheit (6 Nennungen)
- Probleme im Kontakt mit der Ausländerbehörde (5)
- Mangelhafte medizinische Behandlung oder Sorgen um die Gesundheit (4)
- Zu kleine Zimmer bzw. zu viele Menschen in einem Zimmer (4)

Einzelne Nennungen bezogen sich auf eine Vielzahl verschiedener Faktoren aus dem Fragebogen. Fünf Teilnehmer gaben an, dass sie sich nicht belastet fühlten.

Beispiele:

„1. It is difficult to handle the food issue here. 2. I am afraid when I am thinking about the future. 3. The asyle process starting from day one until the decision takes a lot of time.“ (TN Nr. 63, Amharisch)

„1. The foreign office does not treat the asylum seekers well. 2. The asylum seekers are always controlled by the police. 3. It is very bad to tell human beings not to go here and there.“ (TN Nr. 73, Amharisch)

„The health and medical treatment in the camp is not enough. This is one of the issues that I am most concerned about.“ (TN Nr. 80, Amharisch)

„1. Arbeitslosigkeit 2. Das gemeinsame Leben mit Menschen aus verschiedenen Kulturen und mit verschiedenen Einstellungen zur Hygiene. 3. Die beschränkte Wahl der Lebensmittel.“ (TN Nr. 87, Russisch)

„1. Kleines Zimmer 2. Fünf Jahre die gleichen Lebensmittel.“ (TN Nr. 94, Russisch)

„Four people in the room. They are fighting. The government [vermutl. die Heimleitung; Anm. d. Verf.] does not want to change anything about it.“ (TN Nr. 103, Somali)

3.6.3 Was wären die wichtigsten Maßnahmen, um Ihre Belastung zu verringern?

58 Teilnehmer machten Vorschläge zur Verbesserung ihrer aktuellen Situation. Vier weitere Antworten waren im Kontext der Frage nicht interpretierbar und eine Antwort war unleserlich. Vier Teilnehmer gaben an, dass sie sich nicht belastet fühlten.

Das Antwortspektrum korrespondierte mit den Antworten auf die Fragen 3.6.1 und 3.6.2. Die häufigsten Antworten waren dementsprechend der Wunsch nach einer **Arbeitserlaubnis** (25 Teilnehmer), nach der Möglichkeit, Geld zu erhalten, um die **Lebensmittel selbst zu kaufen** (17 TN) und nach einer **eigenen Wohnung** außerhalb der GU (16 TN).

Beispiele:

„1. Ermöglichen, unter solchen Bedingungen wie alle Bürger von Deutschland zu arbeiten. 2. Eine Möglichkeit bekommen, in einer privaten Wohnung zu wohnen, d.h. nicht in der GU. 3. Eine Möglichkeit bekommen, die Lebensmittel selbst zu kaufen.“ (TN Nr. 87, Russisch)

„Ich will selbst meinen Unterhalt verdienen.“ (TN Nr. 93, Russisch)

„Bitte helfen Sie uns, in einer eigenen Wohnung zu wohnen und nicht in der GU, das wird das Warten auf die Antwort erleichtern (weniger Stress).“ (TN Nr. 88, Russisch)

„I need to get out of the camp because life is so hard in the camp.“ (TN Nr. 154, Englisch)

10 Antworten bezogen sich auf das Asylverfahren: auf die **Aufenthaltserlaubnis** (6 TN) oder auf eine **schnellere Entscheidung** bezüglich des Asylantrages (4 TN).

Ebenfalls 10 Personen gaben den Wunsch nach Möglichkeiten für eine weitere (schulische) **Ausbildung** an. Weitere sieben wünschten sich Sprachkurse zum Erlernen der deutschen Sprache.

Die Abschaffung der **Bewegungseinschränkung** auf den Landkreis Würzburg wurde von sieben Teilnehmern genannt.

Sechs Teilnehmer erhofften sich eine Veränderung der Behörden/der Politik hin zu mehr **Gerechtigkeit und Offenheit** für Asylbewerber und 5 Teilnehmer eine Besserung der **medizinischen Behandlung**.

„To change the administration. Try to feel the pain of others.“ (TN Nr. 73, Amharisch)

„We need the system to be open for us. We should be treated equally.“ (TN Nr. 137, Englisch)

„Meine Gesundheit ist sehr schlecht, ich fühle, ich werde sterben. Jeden Tag wird es schlimmer. Die Behandlung verzögert sich und dauert lange.“ (TN Nr. 20, Arabisch)

Von einzelnen Teilnehmern wurde der Wunsch nach einem größeren Zimmer, einer Erhöhung des Taschengeldes, einer besseren Behandlung durch die Polizei oder nach mehr Freiheiten geäußert.

“1. The room is too small (I have two rooms for 8 persons. One sitting room and one sleeping room.) 2. No separate bathroom and kitchen.” (TN Nr. 166, Englisch)

„To increase the money a little bit.“ (TN Nr. 143, Englisch)

„The police should treat us like other citizens here.“ (TN Nr. 67, Amharisch)

„1. Ich will studieren. 2. Ich will, dass mein Freund das Recht hat, über das Wochenende bei mir zu bleiben“ (TN Nr. 96, Russisch)

3.6.4 Hat sich Ihr Gesundheitszustand verändert, seitdem Sie in der GU wohnen? Wenn ja, wie?

Die Frage wurde von 126 Teilnehmern beantwortet. 74 Teilnehmer (58,7%) gaben an, dass sich ihr Gesundheitszustand verändert habe, 52 Teilnehmer (41,3%) hatten keine Veränderung ihres Gesundheitszustandes bemerkt. Von den Personen, welche eine Veränderung bemerkt hatten, gaben 51 Personen einen schriftlichen Kommentar zu der Frage ab. In 12 der 51 Kommentare (23,5%) wurde eine Verbesserung der Gesundheit beschrieben und in 36 Kommentaren (70,6%) eine Verschlechterung. Drei der Kommentare ließen nicht erkennen, ob es sich um eine Verbesserung oder eine Verschlechterung handelte.

Acht Teilnehmer gaben einen Grund für die **Besserung ihres Gesundheitszustandes** an. Hierbei handelte es sich bei allen um die medizinische Versorgung in der GU / in Deutschland.

Von den 36 Personen, die eine **Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes** beklagten, beschrieben 27 Personen (75,0%) eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit seit ihrer Ankunft in der GU. Der überwiegende Teil dieser Teilnehmer nannte Stress und psychischen Druck in der aktuellen Situation sowie Sorgen oder Ängste hinsichtlich der ungewissen Zukunft. Von einigen Teilnehmern wurden außerdem Einsamkeit, Traurigkeit und psychische Labilität angegeben.

Beispiele:

„Meine Psyche hat sich verschlechtert (ich bin labil, weine schneller, bin nervös) aufgrund von Angstzuständen hinsichtlich der Zukunft.“ (TN Nr. 41; Farsi)

„Most of the people who live more than two years in the Heim have stress. I am worried about the future. For example, I live in the GU for three years, but still my condition is not clear.“ (TN Nr. 53; Farsi)

„I am gradually being stressed on the way to loose my perspective.“ (TN Nr. 64; Amharisch)

„Es ist schlimmer geworden. Die Nerven versagen, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit usw.“ (TN Nr. 90; Russisch)

„My health changed because I am alone. I don't have someone to help me (mother, sister).“ (TN Nr. 105; Somali)

Zwei Teilnehmer nannten Probleme im Zusammenleben mit anderen Bewohnern der Gemeinschaftsunterkunft.

„Ich bin reizbarer geworden in der Beziehung zwischen den Menschen aus verschiedenen Ländern/Kulturen.“ (TN Nr. 87; Russisch)

Lediglich fünf der Teilnehmer, welche eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes angaben, beschrieben somatische Symptome:

„Ich werde öfter krank (Erkältung, Pilzinfektionen, Ekzeme).“ (TN Nr. 96; Russisch)

„Die Füße schmerzen sehr.“ (TN Nr. 98; Russisch)

„Hypertoniker“ (TN Nr. 99; Russisch)

„I have got stomach problems and serious headache. I have never been in such a situation before.“ (TN Nr. 143; Englisch)

„I have asthma and chronic lung obstruction in the camp.“ (TN Nr. 162; Englisch)

3.6.5 Haben Sie Bemerkungen?

Viele der Bemerkungen decken sich mit den Antworten auf die Fragen „Was belastet Sie zurzeit in ihrem Leben am meisten?“ und „Was ist Ihr größter Wunsch für die Zukunft?“.

In diesem Abschnitt werden exemplarisch nur einige der Bemerkungen aufgeführt:

„Es wird viel gesprochen und wenig gemacht bezüglich der Situation.“ (TN Nr. 18; Arabisch)

„Die Asylbewerber müssen menschlich behandelt werden und nicht als Feinde betrachtet werden.“ (TN Nr. 29; Arabisch)

„I am thinking about how to integrate with the locals.“ (TN Nr. 65; Amharisch)

„Yes, maybe I am going crazy if the conditions are going as it is.“ (TN Nr. 73; Amharisch)

„Health is one of the most important things for the human beings. By considering this, we should have a better medical treatment in the camp.“ (TN Nr. 80; Amharisch)

„Das Leben in der GU macht die Menschen physisch und psychisch krank.“ (TN Nr. 96; Russisch)

3.6.6 Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?

Diese Frage ist Teil des „Patient Health Questionnaire“ und wurde von 101 Teilnehmern beantwortet. Im Unterschied zu Frage 3.6.2 („Welche der in diesem Fragebogen genannten Situationen / Faktoren belastet Sie am meisten?“), sollte diese Frage die Möglichkeit geben, auch Aspekte zu nennen, welche nicht im Fragebogen erfasst wurden. Die meisten Teilnehmer gaben mehrere Punkte an, durch welche sie sich belastet fühlten.

Am häufigsten (von 44 Teilnehmern) wurden Aspekte genannt, welche im Zusammenhang mit dem **Asylverfahren** stehen (z.B. die Aufenthaltserlaubnis, das Warten auf die Antwort des Bundesamtes bzw. das Interview und die Angst vor einer negativen Antwort). Drei der 44 Teilnehmer gaben an, eine negative Antwort erhalten zu haben.

„I have received a negative answer, I have no pass and I am homeless.“
(Teilnehmer (TN) Nr. 50; Farsi).

Ein ebenfalls sehr wichtiger Aspekt, der von 15 Teilnehmern genannt wurde, war die Belastung durch die Trennung von der **Familie** oder die Sorge um die Familie im Heimatland.

Für jeweils 13 Teilnehmer zählten die Punkte „**ungewisse Zukunft/Angst vor der Zukunft**“, „**Arbeitsverbot**“, „**Erlernen der deutschen Sprache**“ und „**Sorgen um die eigene Gesundheit**“ zu den Faktoren, welche sie am stärksten belasteten.

„I am afraid about the future, I have no destiny.“ (TN Nr. 39; Farsi)

Die „**allgemeine aktuelle Lebenssituation**“ wurde von 12 Teilnehmern genannt. Sieben Teilnehmer beschrieben belastende Faktoren, welche in Zusammenhang mit ihrem **Heimatland** stehen (Heimweh, Sorgen um das Heimatland).

„The worry and stress of my country.“ (TN Nr. 74; Amharisch)

Des Weiteren wurden von 6 Teilnehmern mangelnde **Rechte und Freiheiten** beklagt, welche sich vor allem auf das Verlassensverbot des Landkreises beziehen.

„There is no right to move and violation of human rights.“ (TN Nr. 66; Amharisch)

Insgesamt wurde eine Vielzahl verschiedener Aspekte genannt. Einige Beispiele:

„Nicht zu wissen, wie meine Zukunft aussehen wird, wo ich leben werde, nichts Sinnvolles mit meiner Zeit anfangen zu können. Obwohl ich in meinem besten Lebensabschnitt bin, kann ich mein Leben nicht selbst aufbauen. Es ist sinnlos/ziellos.“ (TN Nr. 41; Farsi)

„Being away from my family and organize things from a distance, because of the badly treating dictatorial regime in my homeland. I lost the respect and good working position in my homeland as a consequence of the extremely bad political situation with the result of lack of money to take care of myself and my family and so on.“ (TN Nr. 64; Amharisch)

“Especially my health and how to be busy to work or study or whatever but I don't want to remember the past things.“ (TN Nr. 73; Amharisch)

„Sometimes, I ask myself why I am here, why I don't go back to my country. I am afraid that I won't get the documents.“ (TN Nr. 105; Somali)

3.6.7 Was ist ihr größter Wunsch für die Zukunft?

Diese Frage wurde von 89 Teilnehmern beantwortet. An erster Stelle stand auch hier der Wunsch nach einer Aufenthaltserlaubnis (von 34 Personen genannt). Andere The-

men, die von vielen Befragten angegeben wurden, sind die Familie (Familiengründung und Wohlergehen der eigenen Familie; 15 Nennungen), der Wunsch nach einer Arbeit (14 Nennungen), der Wunsch, sich für andere Menschen bzw. die Gesellschaft zu engagieren (13) und die eigene Ausbildung zu vertiefen (11).

Jeweils fünf bis zehn Teilnehmer gaben folgende Themen an: eine gute Zukunft, ein ruhiges Leben, Gesundheit, Frieden und die Besserung der Situation im Heimatland (z.T. mit dem Wunsch, dann in das Heimatland zurückzukehren). Für jeweils drei bis fünf Teilnehmer gehörte eines der Themen Freiheit, Unabhängigkeit, Selbstverwirklichung, finanzielle Absicherung bzw. Wohlstand, Deutsch lernen und das Verlassen der Gemeinschaftsunterkunft zu den größten Wünschen für die Zukunft.

Die folgenden Beispiele illustrieren die oben genannten Aspekte, einige von ihnen umfassen gleichzeitig mehrere der aufgeführten Themen:

“Always tranquility for all the humans in the world and stable peace all over the world, especially in Afghanistan. And I hope Afghanistan would be a country without any kind of war, with peace. That others don’t tell us, you are without your natives and without your home.” (TN Nr. 36; Farsi)

“A good and free living, no economic difficulties and no need for the help of others.” (TN Nr. 39; Farsi)

“I wish that I have a good future and I am so tired because my living is not clear. And I wish to be forever in Germany with my family and have a good job for me.” (TN Nr. 48; Farsi)

“To be successful in my career in order to contribute some good thing to the world. Being a good person. Help people who have problems in any aspect of life.” (TN Nr. 64; Amharisch)

“To get out from this restriction and have freedom.” (TN Nr. 66; Amharisch)

“To change myself through education or studying.” (TN Nr. 68; Amharisch)

„Einen deutschen Pass bekommen, arbeiten und gut verdienen, damit ich meiner Familie helfen kann.“ (TN Nr. 96; Russisch)

„Go back to my country... I know I can’t but I wish if I can.“ (TN Nr. 112; Somali)

4 DISKUSSION

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

4.1.1 Sozio-demographische Daten

183 Bewohner der Gemeinschaftsunterkunft haben an der Befragung teilgenommen. Bei einer geschätzten Belegungszahl von 450 Personen entspricht dies einem Anteil von ca. 40 % an der Gesamtzahl der Bewohner. Der jeweilige Anteil der Teilnehmer an den Befragungen auf Amharisch, Arabisch, Farsi, Russisch und Somali war weitgehend ausgewogen (zwischen 12,0% und 16,9%). 19,7% aller Teilnehmer nahmen an der englischsprachigen Befragung teil und lediglich 7,7% an der deutschsprachigen Befragung.

Jeweils die Mehrheit der Teilnehmer war jünger als 30 Jahre (63,7%), männlich (59,0%) und ledig (59,0%). In den verschiedenen sprachlichen Gruppen war eine ähnliche Altersverteilung, jedoch eine sehr unterschiedliche geschlechtliche Verteilung zu beobachten. Ein Fünftel der Befragten (20,0%) hatten Kinder.

Etwa zwei Drittel der Teilnehmer (65,3%) haben mindestens 10 Jahre lang die Schule besucht, ca. ein Viertel (26,0%) verfügten über eine berufliche Qualifikation. 16,0% der Befragten hatten weniger als 4 Jahre lang die Schule besucht.

Die meisten Teilnehmer (69,0%) hielten sich seit weniger als einem Jahr in der GU auf. Die maximale Aufenthaltsdauer betrug 11 Jahre.

4.1.2 Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und Lebenssituation

Die Mehrheit der Teilnehmer schätzten ihren allgemeinen, körperlichen und seelischen Gesundheitszustand jeweils als „gut“ bis „sehr gut“ ein. Die aktuelle Lebenssituation wurde von der Mehrheit als „eher schlecht“ bis „sehr schlecht“ bewertet.

4.1.3 Lebensbedingungen in der Gemeinschaftsunterkunft

Die Lebensbedingungen in der Gemeinschaftsunterkunft wurden größtenteils negativ bewertet mit deutlichen Abstufungen zwischen den verschiedenen getesteten Bereichen.

4.1.4 Wahrnehmung von gesundheitlichen Belastungen

Die Auswirkungen auf die eigene körperliche und seelische Gesundheit wurden von den Teilnehmern für die meisten der abgefragten Lebensbereiche als „ziemlich stark“ beurteilt. Den Lebensbereichen, die als besonders unzufrieden stellend bewertet wurden, scheint tendenziell ein höherer Einfluss auf die eigene Gesundheit beigemessen zu werden.

4.1.5 Psychische Gesundheit

Der PHQ ergab bei 65,7% der Teilnehmer für mindestens eine der fünf erfassten Störungen ein positives Testergebnis. Die häufigsten Verdachtsdiagnosen waren „Depressives Syndrom“ (48,5%) und „Somatoformes Syndrom“ (38,6%).

Bei mehr als der Hälfte der Befragten (57,2%) bestand der Verdacht auf eine erlittene Traumatisierung und 22,9% gaben an, im letzten Jahr Gewalt erfahren zu haben. 22,1% der Teilnehmer nahmen Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress ein.

4.1.6 Korrelationen

Das Ausmaß an **depressiven Symptomen** korrelierte signifikant mit dem kulturellen Hintergrund der Befragten, der Aufenthaltsdauer in der GU, der Selbsteinschätzung des seelischen Gesundheitszustandes und mit 14 der 21 getesteten Lebensbereiche.

Für das Ausmaß an **somatoformen Symptomen** wurden signifikante Korrelationen mit dem kulturellen Hintergrund der Teilnehmer, der Selbsteinschätzung ihres seelischen Gesundheitszustandes und fünf der 21 Kategorien gemessen.

Die Belastung durch **Stress bzw. psychosoziale Faktoren** korrelierte signifikant mit der Aufenthaltsdauer in der GU und sechs der 21 Kategorien.

Die Anzahl der pro Person erfassten Verdachtsdiagnosen („**Komorbidität**“) korrelierte mit dem kulturellen Hintergrund der Teilnehmer, der Selbsteinschätzung ihres seelischen Gesundheitszustandes und neun der getesteten Kategorien.

4.1.7 Offene Fragen

4.1.7.1 Gibt es weitere Situationen/Lebensumstände, die Sie belasten?

Die häufigsten Nennungen betrafen die Aspekte „Aufenthaltsgenehmigung“, „Wohnheimszaun“, „allgemeine Ungewissheit“ und „finanzielle Sorgen“.

4.1.7.2 Welche der in diesem Fragebogen genannten Situationen/Faktoren belastet Sie am meisten?

Die häufigsten Antworten auf diese Frage waren „Arbeitslosigkeit“, „allgemeine Wohnsituation“, „Länge des Asylverfahrens“, „Essenspakete“ und „schlechter Umgang/ fehlende Menschenrechte“.

4.1.7.3 Was wären die wichtigsten Maßnahmen, um Ihre Belastung zu verringern?

Wiederholt genannte Maßnahmen waren „Arbeitserlaubnis“, „Ausgabe von Essensgeld statt Essenspaketen“ und „eigene Wohnung“.

4.1.7.4 Hat sich Ihr Gesundheitszustand verändert, seitdem Sie in der GU wohnen? Wenn ja, wie?

Die Antworten zeigten ein gemischtes Bild. Die meisten der Kommentare beschreiben eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, vor allem der psychischen Gesundheit. Hierfür am häufigsten genannten Gründe waren Stress und psychischer Druck sowie Sorgen oder Ängste hinsichtlich der Zukunft. Als Grund für eine Verbesserung der Gesundheit wurde die medizinische Versorgung in der GU genannt.

4.1.7.5 Haben Sie Bemerkungen?

Die Antworten auf diese Frage beinhalteten im Wesentlichen weitere Verbesserungsvorschläge für die Situation der Befragten.

4.1.7.6 Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?

Die häufigsten Aspekte betrafen das Asylverfahren, die Familie, die ungewisse Zukunft, das Arbeitsverbot, das Erlernen der deutschen Sprache und die eigene Gesundheit.

4.1.7.7 Was ist Ihr größter Wunsch für die Zukunft?

Die häufigsten Nennungen bezogen sich auf die Bereiche „Aufenthaltserlaubnis“, „Familie“, „Arbeit“, „Engagement für die Gesellschaft“ und „Ausbildung“.

4.2 Limitationen

4.2.1 Studiendesign

Für die Studienpopulation lagen bisher keine verlässlichen Daten zur Exposition gegenüber psychosozialen Stressoren und zur psychischen Morbidität vor. Ziel dieser Studie ist es deshalb, einen Überblick über die Situation der GU-Bewohner in Hinsicht auf diese beiden Aspekte zu geben und zu testen, ob zwischen beiden Aspekten ein möglicher Zusammenhang besteht.

Als Studiendesign eignet sich hierfür am besten eine Querschnittstudie. Sie ermöglicht die Bestimmung der Prävalenzen von Exposition und Erkrankungen in der Studienpopulation und dient der Hypothesengenerierung in Bezug auf Zusammenhänge zwischen Exposition und Erkrankung. Querschnittstudien sind innerhalb von kurzer Zeit mit einer relativ großen Stichprobe realisierbar.⁵⁷

Ein wichtiger Nachteil von Querschnittstudien ist, dass sie keine Aussagen über die Kausalität von Zusammenhängen erlauben. Dies liegt vor allem daran, dass die vermuteten Expositionen und die Erkrankungen zum gleichen Zeitpunkt gemessen werden und eine zeitliche Reihenfolge zwischen beiden daher nicht verlässlich etabliert werden kann.⁵⁷

Querschnittstudien sind außerdem anfällig für verschiedene Arten von Verzerrungen (engl. „bias“). Dies gilt vor allem für die Qualität der Messinstrumente (vgl. Absatz 4.2.3 „Validität der Fragebögen“) und die Selektion der Probanden (vgl. Absatz 4.2.4 „Stichprobenauswahl“).

Alternative Studiendesigns zur Querschnittstudie sind die Fall-Kontroll-Studie und die Kohortenstudie (Längsschnittstudie). Beide wären in der vorliegenden Situation jedoch ungeeignet gewesen. Eine Fall-Kontroll-Studie ermöglicht beispielsweise nicht die Bestimmung der Prävalenzen von Exposition und Erkrankung. Eine Kohortenstudie hätte aufgrund der Latenz zwischen der Exposition gegenüber psychosozialen Stressoren und dem Auftreten von psychischen Erkrankungen eine lange Beobachtungszeit der Studienteilnehmer erforderlich gemacht. Dies wäre aufgrund der hohen Fluktuation der GU-Bewohner problematisch gewesen. Ein weiteres Problem wäre die Auswahl einer geeigneten nicht exponierten Kontrollgruppe gewesen.

4.2.2 Studienpopulation

Die Zielpopulation der vorliegenden Studie ist die Gesamtheit der Bewohner der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft. Aufgrund des Studienaufbaus wird jedoch einem Teil dieser Population die Teilnahme nicht ermöglicht. Dies betrifft zum Einen Personen, die keine der Studiensprachen ausreichend beherrschen, um an der Studie teilzunehmen. Zum Anderen werden Personen ausgeschlossen, die des Lesens und Schreibens nicht mächtig sind.

Der logistische Mehraufwand, der zur Vermeidung der sprachlichen Probleme nötig gewesen wäre, wäre mit den vorhandenen Ressourcen nicht vereinbar gewesen. Die genaue Zahl der in der Gemeinschaftsunterkunft gesprochenen Sprachen ist nicht bekannt und viele Sprachen werden nur von einzelnen Bewohnern gesprochen. Die größten Sprachgruppen wurden jedoch in der Studie abgedeckt. Außerdem wurden die Fremdsprachen Englisch und Deutsch in die Befragung integriert. Auf diese Weise sollte Personen eine Teilnahme ermöglicht werden, deren Muttersprache nicht in der Studie repräsentiert war.

Auch die Zahl der Analphabeten unter den GU-Bewohnern ist nicht bekannt. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass ihr Anteil nicht unerheblich ist. Um diesem Personenkreis gerecht zu werden, wären individuelle Interviews nötig gewesen. Aufgrund der begrenzten Ressourcen hätte dies jedoch zur Folge gehabt, dass die Studie auf eine deutlich geringere Teilnehmerzahl hätte begrenzt werden müssen. Des Weiteren wäre die Diskretion im Vergleich zu dem selbstständigen Ausfüllen der Fragebögen deutlich geringer gewesen. Wie in Absatz 2.6 „Anonymität“ beschrieben, stellt die Wahrung der Anonymität in dieser speziellen Teilnehmergruppe eine hohe Priorität dar und bildet die Grundlage für eine aufrichtige Beantwortung der Fragebögen. Aus diesen Gründen wurde in der vorliegenden Studie auf individuelle Interviews verzichtet.

Es muss bei der Interpretation der Ergebnisse jedoch berücksichtigt werden, dass dieses Vorgehen aufgrund des Ausschlusses bestimmter Personengruppen zu systematischen Verzerrungen führen kann (bspw. bei der Frage nach dem höchsten erreichten Schulabschluss).

4.2.3 Validität der Fragebögen

4.2.3.1 Subjektive Gesundheitsparameter

Die Studie beruht auf subjektiven Angaben der Befragten. In wie weit subjektive Angaben zu Expositionen und Symptomen mit objektiven Kriterien übereinstimmen, wird in der Literatur kontrovers diskutiert.^{16, 58} Dies hängt unter anderem davon ab, ob es Gründe gibt, welche die Teilnehmer dazu bewegen könnten, bewusst oder unbewusst von der Wahrheit abzuweichen (wie z.B. eine unterschiedliche soziale Akzeptanz von verschiedenen Antwortmöglichkeiten).

In der Literatur wurden Bedenken geäußert, dass Asylbewerber ihre Situation möglicherweise aggravierern könnten, weil sie sich dadurch persönliche Vorteile in ihrem Asylverfahren erhoffen.^{20, 29} Nach Meinung der entsprechenden Autoren wird diese Gefahr eingegrenzt, wenn die Teilnehmer darüber aufgeklärt werden, dass die Studie in keinem Zusammenhang mit ihrem Asylverfahren steht und wenn eine anonyme Datenerhebung erfolgt.^{20, 29} Beides wurde in der vorliegenden Studie gewährleistet.

Auch eine Betrachtung der erhobenen Daten spricht eher gegen das Vorliegen einer Aggravation durch die Studienteilnehmer. Die Auswertung der Daten zur Zufriedenheit mit den verschiedenen Lebensbereichen (vgl. Absatz 0 „

Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen in der GU“) zeigt eine große Variationsbreite in der Bewertung der einzelnen Kategorien. Bei einer künstlichen Aggravation wäre ein weniger breites Spektrum und eine eher homogen negative Bewertung zu erwarten gewesen. Ähnliches gilt für die Auswertung des PHQ. Der Anteil an Personen mit mehreren detektierten Syndromen stimmt mit Ergebnissen anderer Studien überein.^{20, 29, 37} Des Weiteren wurden bei 87,8% der Teilnehmer maximal zwei Syndrome erfasst. Bei einer künstlichen Aggravation wäre hingegen ein höherer Anteil von Personen mit einer großen Anzahl gleichzeitig detektierter Syndrome zu erwarten gewesen.

4.2.3.2 Auswahl der Fragebögen

4.2.3.2.1 Patient Health Questionnaire

Die Auswahl des Patient Health Questionnaire erfolgte aufgrund seiner in verschiedenen Studien bestätigten interkulturellen Validität und der verbreiteten Anwendung in der internationalen Forschung (Vgl. Absatz 2.3.4 „PRIME-MD Patient Health Questionnaire“). Er umfasst die meisten der im Kontext der vorliegenden Studie relevanten psychischen Erkrankungen.

Eine klinische Diagnosestellung ist anhand dieses Fragebogens jedoch nicht möglich. Der Fragebogen erlaubt eine Diagnosestellung auf „*Syndromebene*“, nicht auf „*Störungsebene*“. ⁴²(S.5)

Zu beachten ist außerdem, dass zwei Diagnosegruppen nicht (ausreichend) berücksichtigt werden. Dies betrifft zum Einen die posttraumatische Belastungsstörung und zum Anderen die Gruppe der Suchterkrankungen. Der Patient Health Questionnaire enthält lediglich eine Frage zu erlittenen Traumatisierungen und prüft das Vorliegen eines Alkoholsyndroms.

In dieser Studie wurde darauf verzichtet, diese beiden Diagnosegruppen detaillierter zu behandeln, obwohl sie in der Studienpopulation möglicherweise von großer Bedeutung sind. Dies hat verschiedene Gründe:

Die Diagnosestellung ist bei beiden Krankheitsgruppen besonders delikat. Im Fall der posttraumatischen Belastungsstörung besteht die Möglichkeit der Auslösung von Flashbacks und anderen typischen Symptomen, die im Rahmen der Befragung nicht ausreichend hätten aufgefangen werden können und somit eine mögliche Gefahr für die Studienteilnehmer dargestellt hätten. Im Fall der Suchterkrankungen ist die Diagnosestellung mit besonders starken Stigmata verbunden. Es ist fraglich, in wie weit die Angaben der Teilnehmer in dieser schriftlichen Form der Befragung verlässlich gewesen wären. Zudem gab es Bedenken hinsichtlich der kulturellen Akzeptanz von Fragen zu Suchterkrankungen in den verschiedenen Teilnehmergruppen. Um die generelle Bereitschaft zur aufrichtigen Beantwortung der Fragebögen nicht zu gefährden, wurde auf diese sensiblen Fragen verzichtet.

4.2.3.2.2 Fragebogen zur Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und zu den Lebensbedingungen in der GU

Dieser Fragebogen wurde nicht in einer Vorstudie validiert. Dies war aufgrund der begrenzten Ressourcen und der relativ kleinen Größe der gesamten Zielpopulation nicht möglich. Der Fragebogen wurde jedoch in einer Probebefragung an einer kleinen Teilnehmergruppe getestet (n=11). Die Teilnehmer gaben hierbei an, dass die Struktur des Fragebogens und die einzelnen Fragen für sie gut verständlich waren.

Ein interner Vergleich zwischen beiden Fragebögen spricht auch für eine hohe interne Validität: Die Selbsteinschätzung der eigenen psychischen Gesundheit der Probanden korreliert hochsignifikant mit der durch den PHQ gemessenen Anzahl an psychischen Syndromen (vgl. Absatz 3.5.4 „Selbsteinschätzung des seelischen Gesundheitszustandes“).

4.2.3.3 Übersetzung der Fragebögen

Limitationen bei der Übersetzung der Fragebögen sind, dass die Übersetzung durch Laienübersetzer erfolgte und nicht durch Rück-Übersetzung validiert wurde. Der Grund für dieses Vorgehen waren ebenfalls die begrenzten Ressourcen sowie der Mangel an Zweidolmetschern für eine Rückübersetzung, insbesondere in den Sprachen Amharisch und Somali.

4.2.4 Stichprobenauswahl

Eine zufällige Auswahl der Studienteilnehmer gestaltete sich aus verschiedenen Gründen als schwierig. Es lagen keine genauen Informationen über die Bewohner der Gemeinschaftsunterkunft vor (Anzahl, Nationalitäten, Zimmerbelegung etc.). Diese Informationen wären jedoch für die Durchführbarkeit einer randomisierten Stichprobenauswahl wichtig gewesen. Zudem wurde der Anonymität der Teilnehmer wie oben erwähnt bei der gesamten Studiendurchführung eine sehr hohe Priorität beigemessen (s. Absatz 2.6 „Anonymität“). Es wurde daher vermieden, ausgewählte Personen direkt zu kontaktieren und zur Studienteilnahme aufzufordern. Es sollte für alle Bewohner ersichtlich sein, dass jede bzw. jeder zur Teilnahme eingeladen ist und die Teilnahme vollkommen anonym und freiwillig erfolgt. Es kann folglich nicht gewährleistet werden, dass die Studienteilnehmer tatsächlich eine repräsentative Stichprobe der gesamten Studienpopulation darstellen.

Inwiefern dieses Vorgehen bei der Stichprobenauswahl eine Selektion bestimmter Teilnehmergruppen begünstigt hat, ist nicht bekannt. Es besteht die Möglichkeit, dass besonders kranke Personen oder sozial isolierte Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, an der Studie teilzunehmen. Personen mit häufigem Kontakt zur medizinischen Sprechstunde hatten möglicherweise eine höhere Wahrscheinlichkeit, an der Studie teilzunehmen.

Um dieser selektiven Akquise von Studienteilnehmern vorzubeugen, wurden die Einladungen an Orten verteilt, an denen (fast) jeder Bewohner erscheinen muss (z.B. bei der zentralen Essensausgabe).

4.3 Generalisierbarkeit

Ausgehend von einer geschätzten Gesamtbewohnerzahl von ca. 450 Personen, wurden in dieser Studie ca. 40% der gesamten *Ziel*population befragt. Betrachtet man nur die auswertbaren Fragebögen, so reduziert sich dieser Anteil auf 25% (113 Fragebögen) für die Auswertung der Fragen zu den Lebensbedingungen und auf 31% (140 Fragebögen) für die Auswertung des PHQ.

Auch nach Abzug der nicht auswertbaren Fragebögen ist die Stichprobe ausreichend groß, um statistisch tragfähige Aussagen treffen zu können (>100 Fragebögen).

Es stellt sich jedoch die Frage, inwieweit die Stichprobe eine *repräsentative* Auswahl der Zielpopulation darstellt. In den Abschnitten 4.2.2 „Studienpopulation“ und 4.2.4 „Stichprobenauswahl“ wurden Aspekte diskutiert, welche die Repräsentativität der Stichprobe einschränken können. In diesem Zusammenhang von Bedeutung ist außerdem die Tatsache, dass der Anteil an auswertbaren Fragebögen nicht für alle Sprachen identisch ist. In den Befragungen auf Deutsch und auf Somali konnte ein vergleichsweise größerer Anteil an Fragebögen *nicht* ausgewertet werden. Dies ist in diesem Zusammenhang für die Fremdsprache Deutsch von geringerer Bedeutung. Zu beachten ist jedoch, dass die Teilnehmer, welche an der Befragung auf Somali teilgenommen haben, in der Auswertung unterrepräsentiert sind. Während der Befragung wurde deutlich, dass das Konzept der Fragebogen-basierten Befragungen für die Somali-sprachigen Teilnehmer größtenteils unbekannt war. Dies kann die geringe Auswertbarkeit der Fragebögen in dieser Teilnehmergruppe erklären. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss also berücksichtigt werden, dass bestimmte Bewohnergruppen in der Studie möglicherweise nicht ausreichend repräsentiert sind.

Diese Einschränkungen müssen vor dem Hintergrund des allgemeinen Studienziels bewertet werden.

Das Ziel der vorliegenden Studie besteht darin, einen *Überblick* über die Situation der GU-Bewohner in Hinsicht auf ihre Exposition gegenüber psychosozialen Stressoren und ihre psychische Gesundheit zu geben.

Angesichts der Tatsache, dass die wichtigsten Sprachgruppen in der Befragung vertreten sind und die Studienteilnehmer einen relativ großen Anteil ($\geq 25\%$) der gesamten Zielpopulation darstellen, wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass die Aussagekraft der Daten ausreichend ist, um einen Überblick über die Situation der Bewohner der Gemeinschaftsunterkunft geben zu können.

4.4 Beantwortung der Fragestellung

4.4.1 **Wie bewerten die Bewohner der Gemeinschaftsunterkunft ihre aktuellen Lebensbedingungen? Fühlen sie sich psychosozialen Stressoren ausgesetzt?**

Die Ergebnisse der Befragung ergeben ein eher negatives Bild in Bezug auf die Bewertung der Lebensbedingungen in der Gemeinschaftsunterkunft. So schätzten über die Hälfte der Befragten ihre aktuelle Lebenssituation als „eher schlecht“ bis „sehr schlecht“ ein (vgl. Absatz 3.2 „Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und Lebenssituation“).

Diese Tendenz spiegelt sich auch in den Bewertungen der Einzelaspekte wieder (vgl. Absatz 3.3 „Lebensbedingungen in der GU“). Nur drei der 21 abgefragten Bereiche wurden im Durchschnitt positiv bewertet. Der höchste Durchschnittswert von 2,85 wurde von der Kategorie „Integration in die deutsche Gesellschaft“ erreicht und liegt zwischen dem Wert 2 („eher negative Bewertung“) und 3 („eher positive Bewertung“). Die restlichen Kategorien wurden von den Teilnehmern negativ bewertet, wobei 5 der Kategorien dem niedrigsten Wert von 1 relativ nahe kommen (Mittelwerte zwischen 1,16 und 1,44). Die 95%-Konfidenzintervalle sind größtenteils schmal und liegen in den meisten Fällen deutlich außerhalb des neutralen Wertes von 2,5. Dies bedeutet, dass die erhobenen Daten mit mindestens 95%-iger Wahrscheinlichkeit die tatsächlichen Trends in der Studienpopulation widerspiegeln (in der Abwesenheit von Verzerrungen).

Die stärkste Unzufriedenheit bezieht sich auf Kategorien, welche **gesetzliche Rahmenbedingungen** beschreiben: die Heimpflicht („Wunsch nach einer eigenen Wohnung“) und das Arbeitsverbot. Dies korrespondiert mit den Antworten auf die beiden offenen Fragen „*Welche der in diesem Fragebogen genannten Situationen / Faktoren belastet Sie am meisten?*“ (Absatz 3.6.2) und „*Was wären die wichtigsten Maßnahmen, um Ihre Belastung zu verringern?*“ (Absatz 3.6.3).

In Zusammenhang mit dem Arbeitsverbot steht die von vielen Teilnehmern empfundene **Langeweile** (Mittelwert=1,42; 4. Rang der 21 Kategorien).

Weitere **psychische Belastungen** spielen in der Studienpopulation auch eine wichtige Rolle (Kategorien: „Heimweh bzw. Sorgen um Familie und Freunde im Heimatland“ sowie „Einsamkeit“).

Lokale Gegebenheiten der Gemeinschaftsunterkunft werden ebenfalls negativ bewertet, scheinen aber im Vergleich eine etwas geringere Rolle zu spielen (Kategorien: „Essenspaket“, „Räumlichkeiten“, „Hygiene“). Eine Ausnahme hierzu bildet die Kategorie „Lärmbelästigung“, welche stark negativ bewertet wird (Mittelwert=1,44, 5.Rang).

Dass diese lokalen Faktoren für viele Teilnehmer dennoch nicht zu vernachlässigen sind, wird aus den Antworten auf die offenen Fragen deutlich. Hier wird insbesondere die Regelung der **Essensausgabe** von vielen Befragten kritisiert (vgl. Absatz 3.6.2 „*Welche der in diesem Fragebogen genannten Situationen / Faktoren belastet Sie am meisten?*“ und Absatz 3.6.3 „*Was wären die wichtigsten Maßnahmen, um Ihre Belastung zu verringern?*“).

Ähnliches gilt für die **Bewertung der eigenen Zukunft**. Im quantitativen Vergleich mit anderen Stressoren scheint diese Kategorie mit einer nahezu neutralen Bewertung weniger bedeutsam zu sein (Mittelwert=2,13). In der offenen Frage „*Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?*“ (Abschnitt 3.6.6) wurde dieser Aspekt jedoch häufig genannt. Sorgen um die eigene Zukunft scheinen für einige Bewohner also eine große Rolle zu spielen, für andere Bewohner scheinen sie weniger wichtig zu sein.

Trotz der insgesamt schlechten Bewertung der eigenen Lebenssituation, gaben die Teilnehmer tendenziell eine **Verbesserung gegenüber der Situation in ihrem Heimatland** an (Mittelwert=2,65). Dieser Wert unterscheidet sich jedoch nicht signifikant von dem neutralen Wert von 2,5 und lässt vermuten, dass auch hier die Wahrnehmung zwischen verschiedenen Teilnehmern variiert.

Auch die **medizinische Versorgung** wird tendenziell eher positiv bewertet mit deutlichen Unterschieden in den Meinungen verschiedener Teilnehmer, wie aus den Antworten auf die offenen Fragen deutlich wird.

Erfreulich ist die tendenziell ebenfalls positive Bewertung der eigenen **Integration in die deutsche Gesellschaft**. Auch hier müssen jedoch Einschränkungen vorgenommen werden, da die Antworten auf die offenen Fragen unterschiedliche Erfahrungen der Befragten widerspiegeln.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Ergebnisse der Befragung für eine **deutliche Exposition der GU-Bewohner gegenüber verschiedenen psychosozialen Stressoren** sprechen. Dies stimmt mit den Ergebnissen internationaler Forschung überein (Vgl. Literaturübersicht in der Einleitung) und bestätigt die Annahme, dass die GU-Bewohner als eine hoch vulnerable Gruppe hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit anzusehen sind.

4.4.2 Wie hoch ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen in dieser Population?

Ihren seelischen Gesundheitszustand schätzten etwas mehr als die Hälfte (54,2%) der Teilnehmer als positiv und 37,4% als negativ ein (vgl. Absatz 3.2 „Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und Lebenssituation“).

Die Auswertung des „Patient Health Questionnaire“ zeichnet ein leicht anderes Bild. Der Fragebogen ergab für 65,7% der Teilnehmer ein positives Testergebnis.

Die häufigste Verdachtsdiagnose betrifft die Depression (48,5% der Befragten), gefolgt von dem Somatoformen Syndrom (38,6% der Befragten). Bei 20,7% der Teilnehmer wurden Symptome gefunden, welche für eine Angsterkrankung sprechen (Paniksyndrom und andere Angstsyndrome) und bei 12,1% bestand der Verdacht auf ein Alkoholsyndrom.

Bei 57,2% der Teilnehmer bestanden Hinweise auf eine stattgehabte Traumatisierung mit aktueller psychischer Belastung.

Diese Ergebnisse sind in Übereinstimmung mit dem Großteil der Antworten, welche auf die offen formulierte Frage nach dem eigenen Gesundheitszustand gegeben wurden (vgl. Absatz 3.6.4 „Hat sich Ihr Gesundheitszustand verändert, seitdem Sie in der GU

wohnen? Wenn ja, wie?“). Hier beschrieben viele Teilnehmer eine Verschlechterung ihres (v.a.) psychischen Gesundheitszustandes seit Beginn ihres Aufenthaltes in der GU.

Die in dieser Studie beobachteten Prävalenzen liegen im mittleren Bereich der in der Literatur beschriebenen (sehr breiten) Spannweite an Prävalenzen.³⁵ Dies trifft auch für die Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen (in dieser Studie 65,7%) und die Rate an Komorbiditäten zu.^{13, 20, 29, 37}

Daten für eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung finden sich in der bereits in der Einleitung erwähnten Studie von Glaesmer et al. aus dem Jahr 2009. In dieser Studie wurde ebenfalls der PHQ verwendet. Die festgestellten Prävalenzen liegen deutlich unter den in dieser Studie beobachteten Werten: Sie liegen für die depressiven Syndrome bei 5,6%, für das Somatoforme Syndrom bei 4,8%, und für Angststörungen bei 1,9%.

Wie bereits oben erwähnt, erlaubt der „Patient Health Questionnaire“ keine klinische Diagnosestellung und die Ergebnisse sind somit mit Vorsicht zu interpretieren. Dennoch lassen die Daten der vorliegenden Studie vermuten, dass die Bewohner der Gemeinschaftsunterkunft im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung unter einer deutlich höheren Prävalenz psychischer Erkrankungen leiden.

4.4.3 Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Bewertung der Lebensbedingungen und psychischer Morbidität?

Die Teilnehmer bewerteten den Einfluss der verschiedenen Faktoren auf ihre eigene Gesundheit im Durchschnitt als „ziemlich“ stark (Vgl. Absatz 3.3.2 „Wahrnehmung von gesundheitlichen Belastungen“). Je geringer die Zufriedenheit mit einer bestimmten Situation war, desto stärker wurde tendenziell ihr gesundheitlicher Einfluss wahrgenommen.

Diese Beobachtung findet auch Ausdruck in der statistischen Assoziation zwischen der Bewertung vieler der einzelnen Kategorien und den gemessenen Parametern psychischer Gesundheit, v.a. der Depression (vgl. Absatz 0).

Auffällig ist in diesem Zusammenhang die Korrelation zwischen der Aufenthaltsdauer in der GU und der Ausprägung der beiden Variablen „Depressivität“ und „psychosoziale Belastung/Stress“ (vgl. Absatz 3.5.3). Dies ist insbesondere von Interesse, da die Aufenthaltsdauer ein Parameter ist, welcher wenig von der subjektiven Bewertung der Teilnehmer abhängig sind.

Es bestehen also Zusammenhänge zwischen der Bewertung der Lebensbedingungen durch die GU-Bewohner und ihrer psychischen Morbidität in der Studienpopulation.

Aufgrund des gewählten Studiendesigns (Querschnittstudie), ist es jedoch nicht möglich, anhand dieser Ergebnisse Rückschlüsse auf kausale Zusammenhänge zu ziehen.

Es kann zum Beispiel nicht geklärt werden, welcher zeitliche Zusammenhang zwischen beiden Bereichen besteht: Waren die Bewohner zunächst psychosozialen Stressoren ausgesetzt und haben daraufhin psychische Erkrankungen entwickelt? Oder wurde die Bewertung der Lebensbedingungen durch das Vorliegen psychischer Erkrankungen beeinflusst?^{20, 29}

Beides sind plausible Vermutungen und tragen möglicherweise gemeinsam zur Erklärung der beobachteten Assoziationen bei.

Eine weitere Möglichkeit, die nicht ausgeschlossen werden kann, ist die Anwesenheit von Störvariablen, welche Erklärungen für beobachtete Assoziationen liefern können. Eine mögliche Störvariable ist in diesem Fall beispielsweise der kulturelle Hintergrund der Teilnehmer. Die Datenanalyse hat gezeigt, dass die Gruppe der russischsprachigen Teilnehmer in den Bereichen „Depressivität“, „somatoforme Symptome“ und „Komorbiditäten“ besonders stark belastet ist. Betrachtet man die Aufenthaltsdauer in der GU für diese Teilnehmergruppe, so ergibt sich im Vergleich zu den anderen Sprachgruppen ein Median, der im mittleren Bereich liegt und ein relativ hoher arithmetischer Mittelwert mit großer Standardabweichung (vgl. Absatz 3.1.5 „Zeitangaben“). Das spricht dafür, dass einzelne russischsprachige Teilnehmer eine besonders lange Aufenthaltsdauer in der GU haben. Die Variable „kultureller Hintergrund“ ist somit sowohl mit der unabhängigen Variable „Aufenthaltsdauer“, als auch mit den abhängigen Variablen „Depressivität“, „somatoforme Symptome“ und „Komorbiditäten“ assoziiert. Es kann

somit nicht ausgeschlossen werden, dass es sich hierbei um eine Störvariable handelt, welche die beobachtete Korrelation möglicherweise verstärkt haben könnte.

Diese Einschränkungen müssen bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse beachtet werden.

Es kann jedoch mit einiger Sicherheit festgestellt werden, dass die Teilnehmer dieser Studie sich deutlichen psychosozialen Stressoren ausgesetzt fühlen und dass es Hinweise für eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen unter den Teilnehmern gibt.

Im Kontext der Stressforschung und der internationalen Forschung zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingen (vgl. Absatz 1.9 „Literaturübersicht“) muss davon ausgegangen werden, dass das Vorliegen psychosozialer Stressoren in dieser Population mit negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der GU-Bewohner verbunden ist.

4.5 Empfehlungen und weiterer Forschungsbedarf

Diese Befragung lässt eine hohe Anzahl an undiagnostizierten psychischen Erkrankungen in der Gruppe der GU-Bewohner vermuten. Es besteht somit ein großer Bedarf an psychiatrischer und psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie. Studien haben gezeigt, dass eine Therapieverzögerung, beispielsweise bei der posttraumatischen Belastungsstörung, zu einer Chronifizierung und Verschlechterung der Beschwerden führt.¹⁶ Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer rechtzeitigen Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen. Voraussetzung hierfür ist die Bereitstellung von qualifizierten, geschlechts- und kulturspezifischen Dolmetschern.

Die vorliegende Studie hat ebenfalls aufgezeigt, dass die GU-Bewohner hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit eine vulnerable Gruppe darstellen. Psychotherapeutische Interventionen sollten also nicht nur darauf ausgerichtet sein, bereits erkrankte Personen zu behandeln, sondern auch präventiv wirksam sein. Dies kann beispielsweise durch eine gezielte Förderung der in der Stressforschung identifizierten persönlichen Ressourcen erreicht werden. (vgl. Absatz 1.9.1 „Stress und Gesundheit“). Hierbei handelt es sich vor allem um die anfangs erwähnten drei Faktoren: ein stabiles Selbstwertgefühl,

ein gutes Netz sozialer Unterstützung und das Gefühl, das eigene Leben unter Kontrolle zu haben.⁹

In wie weit die GU-Bewohner über diese Ressourcen zum Umgang mit negativen Lebensereignissen verfügen, wurde in dieser Studie nicht explizit untersucht. Betrachtet man jedoch die deutliche Unzufriedenheit mit den Faktoren „Einsamkeit“, „Selbstbestimmung“ und „Bewertung der eigenen Zukunft“, so ist zu vermuten, dass auch hier deutlicher Handlungsbedarf besteht.

In der Literatur wird auf die Gefahr verwiesen, dass *„psychische Probleme von Flüchtlingen vor allem auf individueller Ebene betrachtet werden und die sozialen, ökonomischen und politischen Hintergründe dieser Probleme außer Acht gelassen werden“*.³¹

In der Stressforschung wird betont, dass gesundheitliche Interventionen neben dem Fokus auf individuelle Ressourcen auch strukturelle Ungleichheiten auf der „Makro-Ebene“ adressieren müssen.⁹ Soziale und ökonomische Aspekte scheinen für Flüchtlinge sogar eine größere Bedeutung in Bezug auf ihre psychische Gesundheit zu haben als rein psychologische Aspekte.^{31, 59}

Dies wird auch in der vorliegenden Studie deutlich. Eine Zusammenschau der Ergebnisse, insbesondere der Antworten auf die Frage nach Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation, führt zu folgenden Empfehlungen:

- Gewähren einer Arbeitserlaubnis
- Abschaffung der Heimpflicht
- Ausgabe von Essensgeld anstelle von Essenspaketen
- Verbesserung der Räumlichkeiten in der GU (z.B. weniger Personen pro Zimmer)

Eine Verkürzung der Gesamtverfahrensdauer ist wünschenswert, um die Zeit zu begrenzen, in der die Asylsuchenden den beschriebenen Stressoren ausgesetzt sind.

Die Vorschläge illustrieren den engen Zusammenhang zwischen erfolgreichen gesundheitlichen Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und politischen Rahmenbedingungen.

Diese Tatsache kann Konfliktpotential bergen. So berichten Forscher über Anschuldigungen, ihre Forschung als Mittel zum Erreichen politischer Ziele zu missbrauchen und in einigen Fällen wurde Forschern der Zugang zu Asylsuchenden verweigert.^{23, 60}

Es wird deutlich, dass sich die Forschung auf diesem Gebiet in einem Spannungsfeld verschiedener Interessen bewegt. Angesichts der noch weitgehend fehlenden Erkenntnisse zur psychischen Gesundheit von Asylsuchenden in Deutschland besteht jedoch ein deutlicher Bedarf an weitergehender Forschung. Diesem Mangel sollte mit adäquaten Studien begegnet werden, um eine verlässliche Basis für (gesundheits-) politische Entscheidungen zu schaffen.

„We need the system to be open for us.”
(TN Nr. 137, Englisch)

5 ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Über die psychische Gesundheit von Asylsuchenden in Deutschland ist wenig bekannt. Ziel dieser Studie ist, die Situation der Asylsuchenden in der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft hinsichtlich ihrer Lebensbedingungen und ihrer psychischen Gesundheit zu beschreiben und Zusammenhänge zwischen beiden Bereichen zu erfassen.

Methoden: Im Rahmen dieser Querschnittsstudie wurden 183 Bewohner der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber zu ihren Lebensbedingungen und ihrer psychischen Gesundheit befragt. Die Befragung wurde in den Sprachen Arabisch, Amharisch, Farsi, Russisch, Somali, Deutsch und Englisch mittels selbst auszufüllender Fragebögen durchgeführt. Die subjektive Einschätzung der Lebensbedingungen durch die Teilnehmer wurde mit einem an die spezifischen Gegebenheiten angepassten Fragebogen erfasst und ihre psychische Gesundheit wurde durch den „PRIME-MD Patient Health Questionnaire“ (PHQ) gemessen. Die Ergebnisse wurden deskriptiv dargestellt und Korrelationen wurden mittels des Chi-Quadrat-Tests und des Spearman-Rangkorrelationskoeffizienten berechnet.

Ergebnisse: Die Lebensbedingungen in der Gemeinschaftsunterkunft wurden größtenteils negativ bewertet und ihre Auswirkungen auf die eigene Gesundheit wurde im Mittel als „ziemlich stark“ beurteilt. Der PHQ ergab bei 65,7% der Teilnehmer für mindestens eine der fünf erfassten Störungen ein positives Testergebnis. Die häufigsten Verdachtsdiagnosen waren „Depressives Syndrom“ (48,5%) und „Somatoformes Syndrom“ (38,6%), gefolgt von Angstsyndromen (20,7%) und dem Alkoholsyndrom (12,1%). Eine schlechtere Bewertung der Lebensbedingungen und eine längere Aufenthaltsdauer in der Gemeinschaftsunterkunft waren mit einem schlechteren Ergebnis bezüglich verschiedener Parameter der psychischen Gesundheit assoziiert.

Schlussfolgerung: Trotz verschiedener Limitationen der Studie zeigen diese Ergebnisse eine starke (subjektive) psychische Belastung der Studienteilnehmer auf und lassen eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen vermuten. Dies betont die Notwendigkeit psychosozialer Interventionen und weitergehender Forschung.

6 LITERATURVERZEICHNIS

1. Regierung von Unterfranken, *Verantwortung und Sorge für Flüchtlinge*. <http://www.regierung.unterfranken.bayern.de/presse/2011/00351/index.html>, 4. Nov. 2011.
2. United Nations High Commissioner for Refugees, *Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28.7.1951*. 1951: Genf.
3. United Nations High Commissioner for Refugees, *UNHCR Global Trends 2010. 60 years and still counting*. 2011, UNHCR: Geneva.
4. Kiss, A., H. Dr. Lederer, and S. Rühl, *Das Bundesamt in Zahlen 2010. Asyl, Migration, ausländische Bevölkerung und Integration*. 2011, Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
5. Parusel, B., *Europäische und nationale Formen der Schutzgewährung in Deutschland*. Studie II/2009 im Rahmen der Europäischen Migrationsnetzwerkes. 2010, Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
6. Bayerischer Landtag, *Anhörung zum Thema: „Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes in Bayern“*, in *Gemeinsame Sitzung gem. § 137 der Geschäftsordnung für den Bayerischen Landtag*, 23. April 2009., S. 196: http://www.fluechtlingsrat-bayern.de/tl_files/PDF-Dokumente/Protokoll%20Landtagsanhoerung.pdf.
7. Bayerisches Staatsministerium f. Arbeit u. Sozialordnung, F.u.F. *Aufnahme und Unterbringung der Asylbewerber*. [cited 20.02.2012]; Available from: <http://www.stmas.bayern.de/migration/aufnahme/index.php>.
8. Mainpost Würzburg. *Durchgangsstation geplant*. 07.10.2010 [cited 20.02.2012]; Available from: <http://mobil.mainpost.de/regional/art1727,5766346>.
9. Thoits, P.A., *Stress and health: Major findings and policy implications*. J Health Soc Behav, 2010. **51 Suppl**: p. S41-53.
10. Selye, H., *What is stress?* Metabolism, 1956. **5(5)**: p. 525-30.
11. Holmes, T.H. and R.H. Rahe, *The Social Readjustment Rating Scale*. J Psychosom Res, 1967. **11(2)**: p. 213-8.
12. Williams, D.R., H.W. Neighbors, and J.S. Jackson, *Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies*. Am J Public Health, 2003. **93(2)**: p. 200-8.
13. Carta, M.G., et al., *Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1)*. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2005. **1**: p. 13.
14. Lindert, J., et al., *Mental health, health care utilisation of migrants in Europe*. Eur Psychiatry, 2008. **23 Suppl 1**: p. 14-20.
15. Grusser, S.M., et al., *Immigration-associated variables and substance dependence*. J Stud Alcohol, 2005. **66(1)**: p. 98-104.
16. Razum, O., H. Zeeb, and U. Meesmann, *Migration und Gesundheit; Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. 2008, Berlin: Robert-Koch-Institut.

17. Bhugra, D., et al., *WPA guidance on mental health and mental health care in migrants*. World Psychiatry, 2011. **10**(1): p. 2-10.
18. Bhugra, D. and M.A. Becker, *Migration, cultural bereavement and cultural identity*. World Psychiatry, 2005. **4**(1): p. 18-24.
19. Porter, M. and N. Haslam, *Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis*. JAMA, 2005. **294**(5): p. 602-12.
20. Gerritsen, A.A., et al., *Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2006. **41**(1): p. 18-26.
21. Lampert, T. and T. Ziese, *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. 2005: Berlin.
22. Toar, M., K.K. O'Brien, and T. Fahey, *Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study*. BMC Public Health, 2009. **9**: p. 214.
23. Robjant, K., R. Hassan, and C. Katona, *Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review*. Br J Psychiatry, 2009. **194**(4): p. 306-12.
24. Steel, Z., et al., *Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees*. Br J Psychiatry, 2006. **188**: p. 58-64.
25. Steel, Z., et al., *Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies*. Soc Sci Med, 2011. **72**(7): p. 1149-56.
26. Momartin, S., et al., *A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas*. Med J Aust, 2006. **185**(7): p. 357-61.
27. Silove, D., P. Austin, and Z. Steel, *No refuge from terror: the impact of detention on the mental health of trauma-affected refugees seeking asylum in Australia*. Transcult Psychiatry, 2007. **44**(3): p. 359-93.
28. Laban, C.J., et al., *Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands*. J Nerv Ment Dis, 2004. **192**(12): p. 843-51.
29. Silove, D., et al., *Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors*. Br J Psychiatry, 1997. **170**: p. 351-7.
30. Laban, C.J., et al., *The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2008. **43**(7): p. 507-15.
31. Strijk, P.J., B. van Meijel, and C.J. Gamel, *Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: an exploratory study*. Perspect Psychiatr Care, 2011. **47**(1): p. 48-55.
32. Bayard-Burfield, L., J. Sundquist, and S.E. Johansson, *Ethnicity, self reported psychiatric illness, and intake of psychotropic drugs in five ethnic groups in Sweden*. J Epidemiol Community Health, 2001. **55**(9): p. 657-64.
33. Lindert, J., et al., *[Mental health care for migrants]*. Psychother Psychosom Med Psychol, 2008. **58**(3-4): p. 123-9.
34. Glaesmer, H., et al., *[Are migrants more susceptible to mental disorders?]*. Psychiatr Prax, 2009. **36**(1): p. 16-22.

35. Lindert, J., et al., [*Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview*]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2008. **58**(3-4): p. 109-22.
36. Weich, S., et al., *Common mental disorders and ethnicity in England: the EMPIRIC study*. *Psychol Med*, 2004. **34**(8): p. 1543-51.
37. Fazel, M., J. Wheeler, and J. Danesh, *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*. *Lancet*, 2005. **365**(9467): p. 1309-14.
38. Cantor-Graae, E. and J.P. Selten, *Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review*. *Am J Psychiatry*, 2005. **162**(1): p. 12-24.
39. Spitzer, R.L., K. Kroenke, and J.B. Williams, *Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*. *JAMA*, 1999. **282**(18): p. 1737-44.
40. Spitzer, R.L., et al., *Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study*. *JAMA*, 1994. **272**(22): p. 1749-56.
41. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. DSM-IV-TR. Text Revision, 4th ed.* 2000, Washington DC.
42. Löwe, B., et al., *PHQ-D. Manual Komplettversion und Kurzform; Autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“*. Vol. 2. Auflage. 2002: Pfizer.
43. Spitzer, R.L., et al., *Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study*. *Am J Obstet Gynecol*, 2000. **183**(3): p. 759-69.
44. Kroenke, K., R.L. Spitzer, and J.B. Williams, *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. *J Gen Intern Med*, 2001. **16**(9): p. 606-13.
45. Huang, F.Y., et al., *Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients*. *J Gen Intern Med*, 2006. **21**(6): p. 547-52.
46. Loerch, B., et al., *The primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD), German version: a comparison with the CIDI*. *J Psychiatr Res*, 2000. **34**(3): p. 211-20.
47. Mata, S., et al., [*Validation of the PRIME-MD for the detection of generalized anxiety disorder*]. *Invest Clin*, 2008. **49**(1): p. 39-48.
48. Adewuya, A.O., B.A. Ola, and O.O. Afolabi, *Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students*. *J Affect Disord*, 2006. **96**(1-2): p. 89-93.
49. Avasthi, A., et al., *Diagnosis of common mental disorders by using PRIME-MD Patient Health Questionnaire*. *Indian J Med Res*, 2008. **127**(2): p. 159-64.
50. Lotrakul, M., S. Sumrithe, and R. Saipanish, *Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9*. *BMC Psychiatry*, 2008. **8**: p. 46.
51. Han, C., et al., *Psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) for measuring the somatic symptoms of psychiatric outpatients*. *Psychosomatics*, 2009. **50**(6): p. 580-5.
52. Norton, J., et al., *Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence of psychiatric disorders in French primary care:*

- comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use. Gen Hosp Psychiatry, 2007. 29(4): p. 285-93.*
53. Schriger, D.L., et al., *Enabling the diagnosis of occult psychiatric illness in the emergency department: a randomized, controlled trial of the computerized, self-administered PRIME-MD diagnostic system. Ann Emerg Med, 2001. 37(2): p. 132-40.*
 54. Ansseau, M., et al., *High prevalence of mental disorders in primary care. J Affect Disord, 2004. 78(1): p. 49-55.*
 55. Daradkeh, T.K., V. Eapen, and G. Rafia, *Mental Morbidity in Primary Care in Al Ain (UAE): Application of the Arabic Translation of the PRIME-MD (PHQ) Version. German Journal of Psychiatry, 2005. 8(3): p. 32-35.*
 56. Maharaj, R.G., et al., *Abuse and mental disorders among women at walk-in clinics in Trinidad: a cross-sectional study. BMC Fam Pract, 2010. 11: p. 26.*
 57. Friis, R.H. and T.A. Sellers, *Epidemiology for Public Health Practice. 4 ed. 2009, Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.*
 58. McGrady, A., et al., *Coherence between physician diagnosis and patient self reports of anxiety and depression in primary care. J Nerv Ment Dis, 2010. 198(6): p. 420-4.*
 59. Watters, C., *Emerging paradigms in the mental health care of refugees. Soc Sci Med, 2001. 52(11): p. 1709-18.*
 60. Steel, Z. and D. Silove, *Science and the common good: indefinite, non-reviewable mandatory detention of asylum seekers and the research imperative. Monash Bioeth Rev, 2004. 23(4): p. 93-103.*

7 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Fragebogenstruktur am Beispiel der Kategorie „Essenspaket“	26
Tabelle 2: Vorgenommene Umformulierungen des Patient Health Questionnaire	30
Tabelle 3: Testfragenpaare zur Überprüfung der Konsistenz der Antworten	33
Tabelle 4: Zuordnung der einzelnen Aussagen zu Kategorien	35
Tabelle 5: Auswertungsalgorithmus PHQ (kategoriale Diagnostik)	36
Tabelle 6: Auswertungsalgorithmus PHQ (kontinuierliche Diagnostik)	37
Tabelle 7: Verteilung der Fragebögen nach Sprache (n=183)	40
Tabelle 8: Mittleres Alter der Teilnehmer nach Sprachen	40
Tabelle 9: Geschlechterverteilung der Teilnehmer nach Sprachen	41
Tabelle 10: Aufenthaltsdauer in der GU (in Monaten); Mittelwert und Median	42
Tabelle 11: Zeitangaben (in Monaten)	43
Tabelle 12: Anteil der einzelnen Sprachen in der Auswertung der Fragen zu Lebens- bedingungen in der GU	45
Tabelle 13: Mittlere Bewertungen der verschiedenen Kategorien	46
Tabelle 14: Mittlere Bewertungen des Einflusses der verschiedenen Kategorien auf die eigene Gesundheit	48
Tabelle 15: Anteil der einzelnen Sprachen in der Auswertung des Patient Health Questionnaire	49
Tabelle 16: Kreuztabelle Depressivität und Sprachen	54
Tabelle 17: Kreuztabelle somatoforme Symptome und Sprachen	55
Tabelle 18: Kreuztabelle Komorbidität und Sprachen	56
Tabelle 19: Korrelation zwischen PHQ-Variablen und Aufenthaltsdauer in der GU	56
Tabelle 20: Korrelation zwischen PHQ-Variablen und dem selbsteingeschätzten seelischen Gesundheitszustand	57
Tabelle 21: Korrelationen zwischen den PHQ-Variablen und den Kategorien der verschiedenen Lebensbereiche	58

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Entwicklung der Asylantragszahlen 1990 – 2010.....	10
Abbildung 2: Die zehn zugangsstärksten Herkunftsländer 2008 – 2010	10
Abbildung 3: Quoten der einzelnen Entscheidungsarten im Jahr 2010.....	11
Abbildung 4: Quoten der erstinstanzlichen Gerichtsentscheidungen zu Erstanträgen im Jahr 2010	13
Abbildung 5: Toilette	15
Abbildung 6: Gemeinschaftsküche.....	15
Abbildung 7: Geländezaun	15
Abbildung 8: Altes Kasernenschild.....	15
Abbildung 9: Badezimmer im Frauenhaus	15
Abbildung 10: Gelände der GU	15
Abbildung 11: Männerhaus an der B27.....	15
Abbildung 12: Altersverteilung (n=146)	40
Abbildung 13: Höchster erreichter Schulabschluss (n=150).....	41
Abbildung 14: Aufenthaltszeiten in der GU (n=129).....	42
Abbildung 15: Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (n=165)	43
Abbildung 16: Selbsteinschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes (n=154) ...	44
Abbildung 17: Selbsteinschätzung des seelischen Gesundheitszustandes (n=155)	44
Abbildung 18: Selbsteinschätzung der aktuellen Lebenssituation (n=160)	44
Abbildung 19: Mittlere Bewertungen der verschiedenen Kategorien (mit 95%- Konfidenzintervallen).....	46
Abbildung 20: Mittlere Bewertungen des Einflusses der verschiedenen Kategorien auf die eigene Gesundheit (mit 95% Konfidenzintervallen)	48
Abbildung 21: Relative Häufigkeit der PHQ-Syndrome (n=140).....	49
Abbildung 22: Anzahl von PHQ-Syndromen pro Person (n=140)	50
Abbildung 23: Ausprägung der Depressivität (n=140)	50
Abbildung 24: Anzahl somatoformer Symptome pro Person (n=140)	51
Abbildung 25: Ausprägung der psychosozialen Belastung („Stress“) (n=140)	51

9 ANHANG

**9.1 Fragebogen zu Lebensbedingungen in der Gemeinschaftsunter-
kunft (deutsche Version)**

Fragebogen Lebensbedingungen Seite 1

Anmerkung: Die Seiten wurden verkleinert, um sie in das Dissertationsdokument einfügen zu können.

Fragebogen Gesundheit							
Fragen zur Person:							
1.	Alter	_____	Jahre				
2.	Geschlecht	<input type="checkbox"/>	weiblich				
		<input type="checkbox"/>	männlich				
3.	Familienstand	<input type="checkbox"/>	ledig, ohne Partner				
		<input type="checkbox"/>	fester Partner				
		<input type="checkbox"/>	verheiratet				
		<input type="checkbox"/>	Kinder	Anzahl: _____			
		<input type="checkbox"/>	getrennt				
		<input type="checkbox"/>	verwitwet				
4.	Haben Sie Familie im Heim? (Mehrere Antworten sind möglich)	<input type="checkbox"/>	Eltern				
		<input type="checkbox"/>	Partner				
		<input type="checkbox"/>	Kinder	Anzahl: _____			
		<input type="checkbox"/>	Geschwister	Anzahl: _____			
		<input type="checkbox"/>	Andere Verwandte				
5.	Haben Sie Familie in Deutschland? (Mehrere Antworten sind möglich)	<input type="checkbox"/>	Eltern				
		<input type="checkbox"/>	Partner				
		<input type="checkbox"/>	Kinder	Anzahl: _____			
		<input type="checkbox"/>	Geschwister	Anzahl: _____			
		<input type="checkbox"/>	Andere Verwandte				
6.	Höchster erreichter Abschluss:	<input type="checkbox"/>	kein Schulabschluss				
		<input type="checkbox"/>	Abschluss der Grundschule / 4. Klasse				
		<input type="checkbox"/>	Abschluss der 10. Klasse				
		<input type="checkbox"/>	Abitur / Abschluss des Gymnasiums				
		<input type="checkbox"/>	Berufsausbildung				
		<input type="checkbox"/>	Studium				
7.	Herkunft:	<input type="checkbox"/>	Marokko, Algerien, Tunesien, Libyen, Ägypten				
		<input type="checkbox"/>	Andere Länder in Afrika				
		<input type="checkbox"/>	Asien				
		<input type="checkbox"/>	Arabische Staaten (außer Afrika)				
		<input type="checkbox"/>	Osteuropa				
		<input type="checkbox"/>	Amerika				
8.	Wann haben Sie ihr Heimatland verlassen?	Vor _____	Monaten	Vor _____	Jahren		
9.	Wie lange sind Sie schon in Deutschland?	_____	Monate	_____	Jahre		
10.	Wie lange sind Sie schon im Heim in Würzburg?	_____	Monate	_____	Jahre		
11.	Wie ist ihr Aufenthaltsstatus / ihre aktuelle Situation?	<input type="checkbox"/>	Asylantrag gestellt				
		<input type="checkbox"/>	Duldung seit _____				
		<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____				
Fragen zur Gesundheit:			sehr gut	eher gut	schlecht eher	schlecht sehr	weiß ich nicht
12.	Wie würden Sie Ihren augenblicklichen Gesundheitszustand beschreiben?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Wie würden Sie Ihren augenblicklichen <i>körperlichen</i> Gesundheitszustand beschreiben?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Wie würden Sie Ihren augenblicklichen <i>seelischen</i> Gesundheitszustand beschreiben?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Wie würden Sie Ihre augenblickliche Lebenssituation beschreiben?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen Lebensbedingungen Seite 2

	Wie sehr treffen diese Aussagen auf Sie zu?					Wie sehr wirkt sich dies auf ihre körperliche und seelische Gesundheit aus?				
	Das stimmt genau.	Das stimmt teilweise.	Das stimmt eher nicht.	Das stimmt gar nicht.	Weiß ich nicht.	Überhaupt nicht	Etwas	Ziemlich	Stark	Weiß ich nicht.
16. Ich bin zufrieden mit meiner Situation im Heim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich würde lieber in einer eigenen Wohnung wohnen, als im Heim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Die Zimmer im Heim (Wände, Möbel, Fenster, Heizung, ...) sind in einem guten Zustand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Badezimmer im Heim sind sauber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Das Hygienepaket enthält alles, was wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Das Essenspaket gibt mir die Möglichkeit, mich gesund zu ernähren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Das Essenspaket enthält die wichtigsten Nahrungsmittel die ich brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Das Essen im Essenspaket ist ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich würde statt des Essenspakets lieber etwas Geld bekommen, um mein Essen selbst zu kaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Die Küchen im Heim sind sauber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Das Zimmer, in dem ich / wir wohnen, ist zu klein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich verstehe mich gut mit den anderen Bewohnern in meinem Zimmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Die Mitarbeiter im Heim sind freundlich zu den Bewohnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich fühle mich einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich fühle mich im Heim sicherer als in einer eigenen Wohnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Mir fehlt im Heim ein Ort, wo ich allein sein kann, wenn ich es brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen Lebensbedingungen Seite 3

	Wie sehr treffen diese Aussagen auf Sie zu?					Wie sehr wirkt sich dies auf ihre körperliche und seelische Gesundheit aus?				
	Das stimmt genau.	Das stimmt teilweise.	Das stimmt eher nicht.	Das stimmt gar nicht.	Weiß ich nicht.	Überhaupt nicht	Etwas	Ziemlich	Stark	Weiß ich nicht.
32. Ich fühle mich abhängig von dem Geld und dem Essen, was ich im Heim bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Es ist sehr laut im Heim, weil Mitbewohner Lärm machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Der Straßenlärm im Heim ist sehr laut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich Sorge mich um meine Familie / Freunde in meinem Heimatland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Wenn ich krank bin, bekomme ich gute medizinische Versorgung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. In dem Zimmer, in dem ich wohne, gibt es häufig Streit zwischen den Mitbewohnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich bin froh, dass ich nicht arbeiten muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ich habe häufig Langeweile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ich glaube, dass deutsche Behörden gerechte Entscheidungen treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ich erlebe, wie anderen im Heim Gewalt angetan wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Mir selbst wird im Heim Gewalt angetan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Ich habe genug Möglichkeiten im Heim, um auch mal alleine zu sein, wenn ich es brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Es ist mir wichtig, dass ich die Innenstadt von Würzburg gut erreichen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ich habe Angst, wenn ich an meine Zukunft denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Mein Leben ist im Moment besser als in meinem Heimatland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen Lebensbedingungen Seite 4

	Wie sehr treffen diese Aussagen auf Sie zu?					Wie sehr wirkt sich dies auf ihre körperliche und seelische Gesundheit aus?				
	Das stimmt genau.	Das stimmt teilweise.	Das stimmt eher nicht.	Das stimmt gar nicht.	Weiß ich nicht.	Überhaupt nicht	Etwas	Ziemlich	Stark	Weiß ich nicht.
47. Ich habe <i>kein</i> Vertrauen in deutsche Behörden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Ich würde gerne selbst arbeiten und Geld verdienen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Ich fühle mich von den Deutschen gut akzeptiert. / Ich habe das Gefühl, dass ich in Deutschland willkommen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Ich habe das Gefühl, dass ich im Moment selbst Einfluss auf meine Zukunft habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Die medizinische Versorgung ist <i>nicht</i> ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ich glaube, dass meine Zukunft gut aussehen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ich fühle mich eingeschränkt, weil ich Würzburg nicht verlassen darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Ich werde von Deutschen beschimpft, ignoriert oder schlechter behandelt, weil ich Ausländer/in bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Ich habe das Gefühl, dass ich im Moment <i>keinen</i> Einfluss auf meine Zukunft habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Ich muss zu lange auf die Bearbeitung meines Asylverfahrens warten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Ich habe Heimweh nach meinem Heimatland / meiner Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Ich fühle mich abhängig von deutschen Behörden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Ich fühle mich <i>nicht</i> wohl in der deutschen Kultur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Gibt es weitere Situationen / Lebensumstände, die Sie belasten?										
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen Lebensbedingungen Seite 5

61. Wenn Sie sich belastet fühlen: Welche der in diesem Fragebogen genannten Situationen / Faktoren belastet Sie am meisten?	1. 2. 3.
62. Wenn Sie sich belastet fühlen: Was wären die wichtigsten Maßnahmen, um Ihre Belastung zu verringern?	1. 2. 3.
63. Hat sich Ihr Gesundheitszustand verändert, seitdem Sie in der GU wohnen? Wenn ja, wie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____ _____
64. Haben Sie Bemerkungen?	_____ _____ _____ _____

9.2 Verwendete Version des „Patient Health Questionnaire“ (deutsch)

Patient Health Questionnaire Seite 1

Anmerkung: Die Seiten wurden verkleinert, um sie in das Dissertationsdokument einfügen zu können.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Beschwerden und Symptomen. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	nicht beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
a) Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Andere Schmerzen (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient Health Questionnaire Seite 2

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
a) Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Fragen zum Thema „Angst“	Nein	Ja
a) Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► Wenn „nein“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 3 p)

	Nein	Ja
b) Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Traten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.		
e) Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hatten Sie Herzasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient Health Questionnaire Seite 4

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage
p) Nervosität, Angstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Wenn „überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 4.			
q) Gefühle der Unruhe, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?	Nein	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▶ Wenn „nein“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.

Ist bei Ihnen im Lauf e der letzten 6 Monate <u>mehr als einmal</u> eine der folgenden Situationen eingetreten?	Nein	Ja
a) Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Sie hatten Schwierigkeiten mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen.	überhaupt nicht erschwert	etwas erschwert	relativ stark erschwert	sehr stark erschwert
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	nicht beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Sorgen über Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Stress bei der Arbeit oder in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Finanzielle Probleme oder Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Niemanden zu haben, mit dem man Probleme <u>besprechen</u> kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Etwas Schlimmes, das <u>vor kurzem</u> passiert ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Gedanken an schreckliche Ereignisse von <u>früher</u> oder Träume darüber – z. B. die Zerstörung des eigenen Heims, ein schwerer Unfall oder körperliche Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient Health Questionnaire Seite 6

7. Sind Sie <u>im letzten Jahr</u> geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden?	Nein	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Was belastet Sie zurzeit in Ihrem Leben am meisten?

9. Was ist ihr größter Wunsch für die Zukunft?

10. Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?	Nein	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.3 Beispiele von Auswahlbögen für die Essensausgabe

9.3.1 Auswahlbogen für die erste Ausgabe pro Monat

1. Ausgabe im Monat (3 Tage) Erwachsene

GU -I- Würzburg

3 x Fleisch/Fertiggericht

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hähnchenteile (TK)	500 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rindfleisch (TK)	200 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Putenfleisch (TK)	200 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schweinefleisch (TK)	200 g
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Fischfilet (TK) ¹	200 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hähnchen (TK)	800 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suppenhuhn (TK)	800 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pizza veqet. (TK)	300 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bohneneintopf veqet.(DS)	850 ml
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tortellini veq. trocken	250 g

3 x Brot/Nährmittel/Kartoffeln/Hülsenfrüchte

<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Semmeln	10 St.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mischbrot	500 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Weißbrot	500 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fladenbrot	500 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Toastbrot	500 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vollkornbrot	500 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mehl 405 und Hefe	1 kg
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mehl 405	1 kg
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Kartoffeln	1 kg
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kartoffelpüree	110 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nudeln	500 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reis (parboiled)	500 g
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Weichweizenmehl	500 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bulgur	500 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Couscous	500 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haferflocken	500 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Linsen	500 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bohnenkerne	500 g

3 x Brotzeit

<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Heringsfilet in Tom.soße	200 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thunfisch (Dose)	185 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fetakäse	100 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schnittkäse	100 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rindswurst	100 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Putenwurst	100 g
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Eier (mind. Gew.kl. M)	6 St.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veqet. Brotaufstrich	120 g

3 x Milchprodukte/Fette/Ole

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H-Milch 1.5%	1 l
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Saure Sahne	150 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frischkäse	125 g
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Jooghurt Natur (3.5%)	2x150 g
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Jooghurt Frucht (3.5%)	2x150 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quark (Halbfettstufe)	250 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pflanzenöl	1 l
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pflanzenmargarine	250 g

3 x Getränke:

<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Mineralwasser still	2 l
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mineralw. Kohlensäure	1,5 l
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apfelsaft o. Zuckerz.	1 l
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orangensaft o. Zuckerz.	1 l
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eistee	1 l
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diät-Oranqen-Nektar	1 l
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Multivitaminfruchtsaft	1 l

3 x Obst

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kiwi	2 St.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apfel	1 St.
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Banane	1 St.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obst nach Saison	1 St.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obst in Glas / Dose	425 ml

4 x Salat/Gemüse

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spinat (TK)	300 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mischgemüse (TK)	300 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blumenkohl (TK)	300 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Salat	1 St.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fenchel	1 St.
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Gemüse frisch ca.	250 g
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Zwiebeln ca.	250 g
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tomaten ca.	250 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gurke ca.	300 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Karotten ca.	250 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Weißkohl ca.	750 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zucchini ca.	250 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paprika frisch ca.	150 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rote Bohnen	425 ml
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Schältomaten	425 ml
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mais	425 ml
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pepperoni in Glas/Dose	1 St.

4 x Getränkezusatz

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kaffee	250 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> löslicher Kaffee	100 g
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schokoladenpulver	400 g
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schwarzer Tee	20 Btl.
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kräutertee	20 Btl.
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Früchtetee	20 Btl.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zitronensaft	200 ml

4 x Sonstiges

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ketchup	500 ml
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tomatenmark (Tube)	2x200 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Senf mittelscharf (Tube)	200 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Essig	750 ml
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pfeffer	50 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paprika	50 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chili	50 g
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kurkuma	50 g
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jodsalz	500 g
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Knoblauch	1 Kn.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suppenwürze (Würfel)	10x11 g
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zucker	1 kg
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Süßstofftabletten	650 St.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kondensmilch	340 ml
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cornflakes	375 g

9.3.2 Auswahlbogen für die erste Ausgabe pro Woche (montags)

1. Ausgabe / Woche (3 Tage) Erwachsene

GU -I- Würzburg

3 x Fleisch/Fertiggericht

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hähnchenteile (TK)	500 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Rindfleisch (TK)	200 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Putenfleisch (TK)	200 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schweinefleisch (TK)	200 g
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fischfilet (TK)	200 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fischstäbchen (TK)	200 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rinderhackfleisch (TK)	250 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suppenhuhn (TK)	800 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pizza veaget. (TK)	300 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bohneneintopf veaget.(DS)	850 ml
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tortellini veq. trocken	250 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fertiggericht m. Huhn	400 g

3 x Obst

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiwi	2 St.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Apfel	1 St.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Banane	1 St.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obst nach Saison	1 St.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obst in Glas / Dose	425 ml

3 x Brot/Nährmittel/Kartoffeln/Hülsenfrüchte

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Semmeln	10 St.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mischbrot	500 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weißbrot	500 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fladenbrot	500 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toastbrot	500 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vollkornbrot	500 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehl 405 und Hefe	1 kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehl 405	1 kg
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kartoffeln	1 kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kartoffelpüree	110 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nudeln	500 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reis (parboiled)	500 g
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Weichweizen Grieß	500 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulgur	500 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Couscous	500 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haferflocken	500 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linzen	500 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bohnenkerne	500 g

4 x Salat/Gemüse

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spinat (TK)	300 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mischaemüse (TK)	300 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blumenkohl (TK)	300 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salat	1 St.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fenchel	1 St.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemüse frisch ca.	250 g
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Zwiebeln ca.	250 g
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tomaten ca.	250 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gurke ca.	300 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Karotten ca.	250 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weißkohl ca.	750 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zucchini ca.	250 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paprika frisch ca.	150 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rote Bohnen	425 ml
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Schälotomaten	425 ml
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mais	425 ml
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pepperoni in Glas/Dose	1 St.

3 x Brotzeit

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Heringsfilet in Tom.soße	200 g
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Thunfisch (Dose)	185 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fetakäse	100 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnittkäse	100 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rindswurst	100 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Putenwurst	100 g
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Eier (mind. Gew.kl. M)	6 St.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veaget. Brotaufstrich	120 g

3 x Milchprodukte/Fette/Ole

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H-Milch 1.5%	1 l
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saure Sahne	150 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frischkäse	125 g
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Jooghurt Natur (3.5%)	2x150 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jooghurt Frucht (3.5%)	2x150 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quark (Halbfettstufe)	250 g
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflanzenöl	1 l
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflanzenmargarine	250 g
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Markenbutter	250 g

3 x Getränke

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mineralwasser still	2 l
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mineralw. Kohlensäure	1,5 l
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apfelsaft o. Zuckerzus.	1 l
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orangensaft o. Zuckerz.	1 l
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eistee	1 l
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diät-Orangen-Nektar	1 l
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Multivitaminfruchtsaft	1 l

9.3.3 Auswahlbogen für die zweite Ausgabe pro Woche (mittwochs)

2. Ausgabe / Woche (4 Tage) Erwachsene

GU -I- Würzburg

3 x Fleisch/Fertiggericht

<input type="checkbox"/>	Hähnchenteile (TK)	500 g
<input type="checkbox"/>	Rindfleisch (TK)	200 g
<input type="checkbox"/>	Putenfleisch (TK)	200 g
<input type="checkbox"/>	Schweinefleisch (TK)	200 g
<input type="checkbox"/>	Fischfilet (TK)	200 g
<input checked="" type="checkbox"/>	Fischstäbchen (TK)	200 g
<input checked="" type="checkbox"/>	ammfleisch (TK)	200 g
<input type="checkbox"/>	Rinderhackfleisch (TK)	250 g
<input type="checkbox"/>	Suppenhuhn (TK)	800 g
<input type="checkbox"/>	Pizza veaget. (TK)	300 g
<input type="checkbox"/>	Tortellini vea. trocken	250 g
<input type="checkbox"/>	Fertigaericht m. Huhn	400 g
<input type="checkbox"/>	Fertigaericht mit Rindfl.	400 g
<input type="checkbox"/>	Spaahetti mit Tom.soße	800 g

4 x Brot/Nährmittel/Kartoffeln/Hülsenfrüchte

<input checked="" type="checkbox"/>	Semmeln	10 St.
<input type="checkbox"/>	Mischbrot	500 g
<input type="checkbox"/>	Weißbrot	500 g
<input type="checkbox"/>	Fladenbrot	500 g
<input type="checkbox"/>	Toastbrot	500 g
<input type="checkbox"/>	Vollkornbrot	500 g
<input type="checkbox"/>	Mehl 405 und Hefe	1 kg
<input type="checkbox"/>	Mehl 405	1 kg
<input checked="" type="checkbox"/>	Kartoffeln	1 kg
<input type="checkbox"/>	Kartoffelpüree	110 g
<input type="checkbox"/>	Nudeln	500 g
<input checked="" type="checkbox"/>	Reis (parboiled)	500 g
<input checked="" type="checkbox"/>	Weichweizenarieß	500 g
<input type="checkbox"/>	Bulaur	500 g
<input type="checkbox"/>	Couscous	500 g
<input type="checkbox"/>	Müslimischung	375 g
<input type="checkbox"/>	Linsen	500 g
<input type="checkbox"/>	Bohnenkerne	500 g

3 x Brotzeit

<input checked="" type="checkbox"/>	Herinasfilet in Tom.soße	200 g
<input checked="" type="checkbox"/>	Thunfisch (Dose)	185 g
<input type="checkbox"/>	Fetakäse	100 g
<input type="checkbox"/>	Schnittkäse	100 g
<input checked="" type="checkbox"/>	Rindswurst	100 g
<input type="checkbox"/>	Putenwurst	100 g
<input type="checkbox"/>	Eier (mind. Gew.kl. M)	6 St.
<input type="checkbox"/>	Veaget. Brotaufstrich	120 g

4 x Obst

<input type="checkbox"/>	Kiwi	2 St.
<input type="checkbox"/>	Apfel	1 St.
<input checked="" type="checkbox"/>	Banane	1 St.
<input type="checkbox"/>	Obst nach Saison	1 St.
<input type="checkbox"/>	Obst in Glas / Dose	425 ml

4 x Salat/Gemüse

<input type="checkbox"/>	Spinat (TK)	300 g
<input type="checkbox"/>	Mischgemüse (TK)	300 g
<input type="checkbox"/>	Blumenkohl (TK)	300 g
<input type="checkbox"/>	Salat	1 St.
<input type="checkbox"/>	Fenchel	1 St.
<input type="checkbox"/>	Gemüse frisch ca.	250 g
<input checked="" type="checkbox"/>	Zwiebeln ca.	250 g
<input checked="" type="checkbox"/>	Tomaten ca.	250 g
<input type="checkbox"/>	Gurke ca.	300 g
<input type="checkbox"/>	Karotten ca.	250 g
<input type="checkbox"/>	Weißkohl ca.	750 g
<input type="checkbox"/>	Zucchini ca.	250 g
<input type="checkbox"/>	Paprika frisch ca.	150 g
<input type="checkbox"/>	Rote Bohnen	425 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	Schältomaten	425 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	Mais	425 ml
<input type="checkbox"/>	Pepperoni in Glas/Dose	1 St.

1 x Süßwaren/Knabbereien

<input type="checkbox"/>	Schokolade	100 g
<input type="checkbox"/>	Erdnüsse	150 g
<input type="checkbox"/>	Schokoriegel	54 g
<input type="checkbox"/>	Kartoffelchips	150 g
<input type="checkbox"/>	Puddingpulver	3x37 g
<input checked="" type="checkbox"/>	Kekse	250 g
<input type="checkbox"/>	Honia	500 g
<input type="checkbox"/>	Konfitüre	450 g
<input type="checkbox"/>	Nußcreme	400 g

3 x Milchprodukte

<input type="checkbox"/>	H-Milch 1.5%	1 l
<input type="checkbox"/>	Saure Sahne	150 g
<input type="checkbox"/>	Frischkäse	125 g
<input checked="" type="checkbox"/>	Joahurt Natur (3,5%)	2x150 g
<input checked="" type="checkbox"/>	Joahurt Frucht (3,5%)	2x150 g
<input type="checkbox"/>	Quark (Halbfettstufe)	250 g

4 x Getränke

<input checked="" type="checkbox"/>	Mineralwasser still	2 l
<input type="checkbox"/>	Mineralw. Kohlensäure	1,5 l
<input checked="" type="checkbox"/>	Apfelsaft o. Zuckerzus.	1 l
<input type="checkbox"/>	Orangensaft o. Zuckerz.	1 l
<input type="checkbox"/>	Eistee	1 l
<input type="checkbox"/>	Diät-Orangen-Nektar	1 l
<input checked="" type="checkbox"/>	Multivitaminfruchtsaft	1 l

10 DANKSAGUNG

Ich danke herzlich Priv.-Doz. Dr. August Stich für seine fachliche und ideelle Unterstützung und die entscheidende Bereitstellung der Rahmenbedingungen, welche diese Studie ermöglicht haben.

Herrn Prof. Dr. Dr. Faller danke ich für die Betreuung als Korreferent.

Mein großer Dank gilt dem Team der GU-Sprechstunde: Christine, Juliana, Lena und meinen studentischen Kolleginnen und Kollegen. Ihr habt mir von Anfang an mit Rat und Tat beiseite gestanden. Danke für eure inhaltlichen Impulse und für eure Hilfe bei der Rekrutierung von Teilnehmern, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Danke auch den Dolmetschern, die mit ihrer kulturellen Kompetenz die richtigen Worte fanden, um die teilweise sehr persönlichen Inhalte zu transportieren.

Danken möchte ich ganz besonders allen Bewohnern der GU, die an der Befragung teilgenommen haben, uns ihr Vertrauen geschenkt haben und bereit waren, ihre Erfahrungen zu teilen und Einblicke in ihr Leben zu geben.