

Screening von Traumafolgestörungen bei Asylsuchenden

Die Anwendbarkeit des Refugee Health Screeners-15 (RHS-15)
und das Ausmaß an psychischer Belastung bei Asylsuchenden im Landkreis Gießen

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

des Fachbereichs Medizin

der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Richards, Jessica

aus Frankfurt am Main

Gießen (2023)

Aus dem Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKGM, Universitätsklinikum Gießen

Gutachter: PD Dr. biol. hom. Markus Stingl
Gutachter: Prof. Dr. rer. nat. Falk Leichsenring

Tag der Disputation: 17.01.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Fragestellung.....	3
2. Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1. Traumafolgestörungen.....	3
2.1.1. Posttraumatische Belastungsstörung.....	5
2.1.2. Depression.....	9
2.1.3. Angststörungen.....	11
2.1.4. Komorbidität bei Traumafolgestörungen.....	13
2.2. Psychische Belastung bei Geflüchteten.....	15
2.3. Fluchtbewegungen international 2015.....	20
2.3.1. Asylanträge in Deutschland zum Erhebungszeitpunkt.....	21
2.4. Screening.....	21
2.4.1. Definition und Gegenüberstellung zu Diagnostik.....	21
2.4.2. Anforderungen an einen Screeningtest für psychische Belastung Asylsuchender.....	24
2.4.3. Kulturelle Validität.....	25
2.4.4. Äußere Gestaltung, Transparenz und Vermeidung von Retraumatisierung.....	29
2.4.5. Anwendbarkeitskriterien für einen Screeningtest.....	30
2.4.6. Aktuelle Screening-Fragebögen für psychische Belastung bei Geflüchteten.....	32
2.5. Screening im Kontext des Asylverfahrens.....	38
2.5.1. Rechtliche Implikationen.....	38
2.5.2. Gesundheitliche Aspekte.....	42
3. Methodik.....	44
3.1. Design der Studie.....	44
3.2. Stichproben: Ein- und Ausschlusskriterien.....	44
3.3. Messinstrument.....	45
3.4. Ort und Zeitpunkt der Erhebung.....	48
3.5. Setting des Interviews.....	48
3.6. Auswertung.....	49
4. Ergebnisse.....	51
4.1. Stichprobenbeschreibung.....	51
4.2. Statistische Auswertung der Fragebögen.....	57
5. Diskussion.....	67
5.1. Anwendbarkeit des Verfahrens.....	67
5.2. Diskussion der Methode.....	73
5.3. Diskussion der Ergebnisse.....	76
5.3.1. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	76
5.3.2. Die Ergebnisse im Kontext des aktuellen Stands der Forschung.....	76

5.3.3. Unterschiede der Untersuchungsergebnisse nach Einrichtung.....	81
5.3.4. Unterschiede der Untersuchungsergebnisse nach Geschlecht.....	85
6. Ausblick und offene Fragen.....	87
6.1. Die Verwendung des RHS-15 als Screening-Tool.....	87
6.2. Medizinische und juristische Aspekte des Screenings.....	89
6.3. Prävalenzeinschätzungen psychischer Morbidität bei Asylsuchenden.....	92
7.1. Zusammenfassung.....	94
7.2. Summary.....	96
8. Literaturverzeichnis.....	98
9. Anhang.....	124
9.1. RHS-15.....	124
9.2. Soziodemographischer Fragebogen.....	127
9.3. Einverständniserklärung.....	128
9.4. Tabellenverzeichnis.....	129
9.5. Abbildungsverzeichnis.....	130
9.6. Nutzungsgenehmigung Abbildung PD Dr. med. Flatten.....	131
10. Eigene Publikationen.....	132
11. Ehrenwörtliche Erklärung.....	133
12. Danksagung.....	134
13. Tabellarischer Lebenslauf.....	136

1. Einleitung

Am 27.01.2003 verabschiedete der Rat der Europäischen Union die Richtlinie 2003/9/EG, nach welcher die Mitgliedstaaten die „spezielle Situation von besonders schutzbedürftigen Personen wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben“ (Kapitel IV, Art. 17, Abs. 1, EU-Richtlinie 2003/9/EG), zu berücksichtigen haben. Sie bezog sich besonders auf die materielle und medizinische Unterstützung und verlangte eine „Einzelprüfung“ (Kapitel IV, Art. 17, Abs. 2, EU-Richtlinie 2003/9/EG), um die besondere Hilfsbedürftigkeit anzuerkennen. Als das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union diese Richtlinie 2013, also 10 Jahre später, als 2013/33/EU neu verfassten, waren in Deutschland keine normierten Verfahren etabliert, um diese vulnerable Gruppe zu erfassen (vom Felde et al., 2020). Gleichzeitig wurden in der neuen Fassung der EU-Richtlinie die Charakteristika, welche besondere Schutzbedürftigkeit ausweisen sollen, auf „Opfer [...] des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen [und] Personen mit psychischen Störungen“ ausgeweitet (Kapitel IV, Art. 21, EU-Richtlinie 2013/33/EU). Auch nach dieser Version besteht weiterhin die Anforderung an die Mitgliedstaaten, zu „urteilen [...], ob der Antragsteller ein Antragsteller mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme ist“ (Kapitel IV, Art. 22, Abs. 1, EU-Richtlinie 2013/33/EU) . Bis zum 21.07.2015 hätte diese Richtlinie in deutsches Recht umgesetzt werden müssen. Demnach hätten bis zu diesem Datum „die Mitgliedstaaten [...] geeignete Maßnahmen [treffen müssen], um sicherzustellen, dass die Behörden und Organisationen, die diese Richtlinie anwenden, die nötige Grundausbildung erhalten haben, um den Bedürfnissen männlicher und weiblicher Antragsteller gerecht werden zu können“ (Kapitel IV, Art. 29, Abs. 1, EU-Richtlinie 2013/33/EU).

Eine einheitliche Grundausbildung bezüglich einer „Beurteilung [der Schutzbedürftigkeit] innerhalb einer angemessenen Frist“ (Kapitel IV, Art. 21, Abs. 1, EU-Richtlinie 2013/33/EU) ist jedoch auch bis 2023 nicht umgesetzt worden (vom Felde et al., 2020).

Ziel der hier dargelegten Pilotstudie war es, im Sinne der Richtlinie einen ersten Schritt in Richtung der Entwicklung eines Verfahrens zu gehen, welches ein besonderes Augenmerk auf die psychische Dimension von Schutzbedürftigkeit legt. Dieses soll als Screening ein Tool darstellen, um möglichst ökonomisch und flächendeckend die spezielle Schutzbedürftigkeit von den Asylsuchenden in Deutschland zu erkennen, welche unter den psychischen Folgen von Trauma leiden. Neben klassischen Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD¹), welche die bekannteste, aber nicht einzige Traumafolgestörung ist, sollen auch psychische Symptome und Störungen erfasst werden, welche gleichfalls in Zusammenhang mit Traumatisierung gebracht werden können. Da vor allem depressive Störungen und Angststörungen bei Menschen aus Katastrophenregionen hohe Prävalenzen aufweisen (Norris et al., 2002), wurde für diese Arbeit der Fokus über die PTSD hinaus auch auf diese Krankheitsentitäten gerichtet.

Neben der Erprobung der Anwendbarkeit des Refugee Health Screeners-15 (RHS-15) als angemessenes Screening-Tool für Traumafolgestörungen bei Asylsuchenden in der Hessischen Erstaufnahmeeinrichtung Gießen und den Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber*innen im Landkreis Gießen sollte durch die hier vorgestellte Studie eine Einschätzung der psychischen Morbidität von Asylsuchenden ermittelt werden, um den Bedarf an psychotherapeutischer und psychosozialer Betreuung einschätzen zu können. Es sollte der Versorgungsbedarf für Asylsuchende, die unter den psychischen Folgen von Trauma leiden, wissenschaftlich erfasst werden, um für den Aufbau bedarfsgerechter Strukturen argumentieren zu können. Die besondere Dringlichkeit dieser Bedarfsvalidierung zeigt sich vor dem Hintergrund eines für diese Personengruppe stark limitierten Zugangs zu adäquater Gesundheitsversorgung (Frank et al., 2017).

Aus globaler ethisch-juristischer Perspektive kann die hier durchgeführte Studie somit als Beitrag verstanden werden, die Durchsetzung des wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechts auf Gesundheit (United Nations, 1967) für alle sowie das Erreichen des „sustainable development goal“ „good health and well-being for all and all ages“ der Vereinten Nationen (United Nations, o. J.) mit zu unterstützen.

¹ Im Folgenden wird die Abkürzung PTSD für *post-traumatic stress disorder* nach internationaler Nomenklatur benutzt.

1.1. Fragestellung

In dieser Arbeit sollen die Grenzen und Möglichkeiten eines Screenings auf Traumafolgestörungen bei Asylsuchenden erörtert werden. Deshalb wurde eine Modellstudie durchgeführt, die die Anwendbarkeit des Refugee Health Screeners-15 (RHS-15) sowie das Ausmaß an psychischer Belastung in der Population der in der Hessischen Erstaufnahmeeinrichtung (HEAE) und den Gemeinschaftsunterkünften (GU) lebenden Asylsuchenden im Landkreis Gießen untersuchte.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Traumafolgestörungen

In den ICD-10-Forschungskriterien wird ein Trauma als „ein kurz oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (Weltgesundheitsorganisation, 2016), beschrieben.

Das DSM-V konkretisiert Trauma in den Diagnosekriterien einer PTSD als tatsächliche oder drohende Konfrontation mit Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt (American Psychiatric Association, 2018; Maercker, 2013).

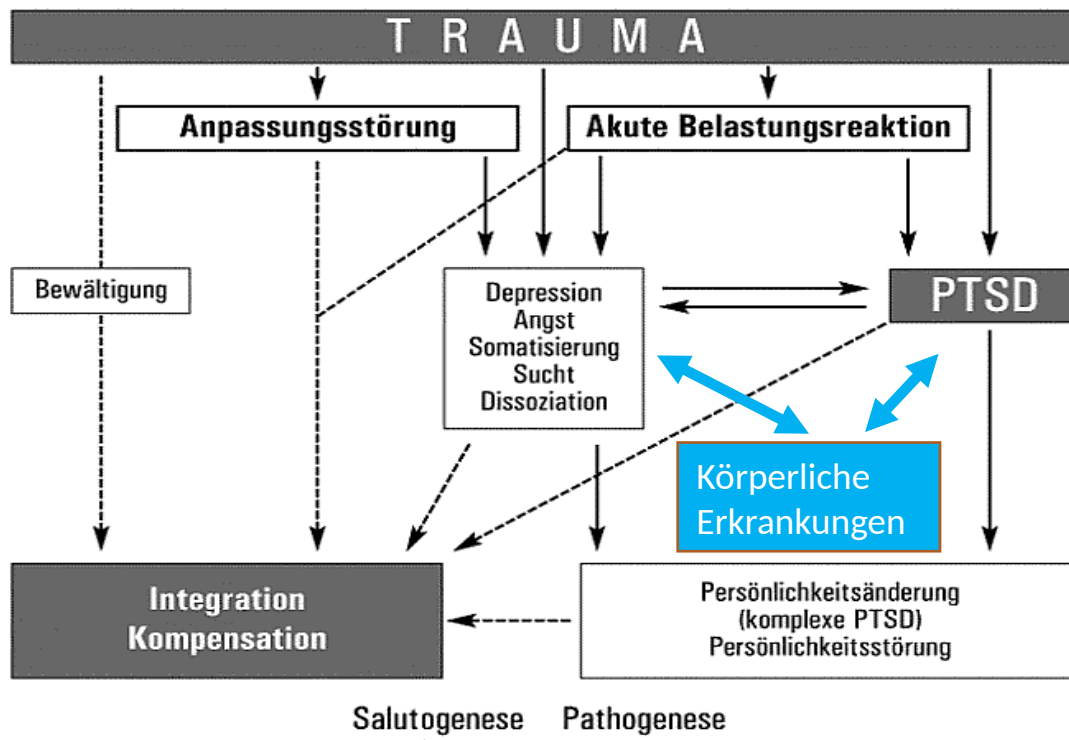
Was die Art des Traumas angeht, so werden diese nach Maercker (2013) als menschlich verursacht vs. zufällig, bzw. kurz- (Typ I) und langfristig (Typ II), kategorisiert, wobei die willentlich von Menschen verursachten Traumata einerseits und andererseits die zeitlich länger anhaltenden zu schwereren psychischen Folgen führen können als die anderen Formen.

Menschen, die aus ihrer Heimat fliehen müssen, sind besonders vulnerabel für das Erleben von traumatischen Ereignissen, wie beispielsweise ein Review von Sigvardsson et al. (2016) deutlich macht, in dem das Erleben von Folter und anderen kriegsbezogenen traumatischen Ereignissen bei Geflüchteten betrachtet wurde. In den untersuchten Stichproben wurde Folter in 1-76% der Fälle erlebt, während fast alle Teilnehmenden der untersuchten Studien von kriegsbezogenen traumatischen Ereignissen berichteten. Zu den häufigsten gehörten „dem Tode nahe sein“, „unnatürlicher Tod einer geliebten Person“, „Gefechtshandlungen“ und „Inhaftierung“. Eine Studie, die die psychische Belastung von Geflüchteten im Rhein-Neckar-Kreis betrachtete (Rzepka et al., 2022), erfasste bei den Befragten durchschnittlich 3,18 traumatische Ereignisse,

während es bei einer Studie in einer Erstaufnahmeeinrichtung in Leipzig (Nesterko et al., 2020b) durchschnittlich 4,78 traumatische Ereignisse waren. Ein Großteil hatte hier einen gewalttätigen Übergriff (61,6%), einen Angriff mit einer Waffe (54,8%), schweres menschliches Leid (44,8%) und/oder einen sexuellen Übergriff (24,3%) erlebt; insgesamt 75,7% der Befragten hatten zwischenmenschliche traumatische Ereignisse erlitten und 85,5% mindestens ein traumatisches Ereignis (ebd.).

Die psychischen und physischen Folgen von Trauma sind vielfältig, wie durch folgende Grafik – entlehnt aus der AWMF-Leitlinie zu Posttraumatischer Belastungsstörung von 2011 (Flatten et al., 2011) – illustriert wird.

Grafik 1: Übersicht traumareaktiver Entwicklungen



Quelle: Flatten et al. (2011, S. 4), erweitert um „körperliche Erkrankungen“

Die bekannteste Diagnose aus dem Spektrum der Traumafolgestörungen, die auch als zwingendes diagnostisches Kriterium das Vorhandensein eines traumatischen Erlebnisses einschließt, ist die PTSD (American Psychiatric Association, 2018; Dilling & Weltgesundheitsorganisation, 2011).

Das Risiko, eine solche zu entwickeln, steigt geradezu linear mit der Frequenz von traumatischen Ereignissen und erreicht fast 100%, wenn sich die Gewalterfahrungen fortsetzen (Schauer et al., 2003).

Jedoch ist die PTSD nicht die einzige psychische Störung in der Folge von Traumatisierung. Laut National Collaborating Centre for Mental Health (2005) können sich auch Depressionen, spezifische Phobien, Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen, neurologische Schäden aufgrund von Verletzungen durch das traumatisierende Ereignis und auch Psychosen als Traumafolgestörung entwickeln.

Vor allem depressive Störungen und Angststörungen sind neben PTSD bei Menschen aus Katastrophenregionen gut untersucht und zeigen eine signifikant höhere Prävalenz im Vergleich zu Kontrollgruppen auf (Norris et al., 2002). Aus einer prospektiven Studie von deRoos-Cassini et al. (2010) geht gar hervor, dass Depressionen eine ähnliche Prävalenz wie eine PTSD nach traumatischem Ereignis aufweisen.

Auch Suchterkrankungen treten gehäuft nach traumatischen Erfahrungen auf, und es zeigt sich eine erhöhte Komorbidität dieser mit PTSD (Potthast & Catani, 2012).

Gleichermaßen sind somatoforme Störungen möglicherweise traumaassoziiert (Afari et al., 2014; Gysi, 2021) und auch körperliche Erkrankungen können durch die mit dem Trauma verbundene Stressaktivierung mit bedingt oder beeinflusst werden. Dies ist insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Ahmadi et al., 2011) und Diabetes (Lukaschek et al., 2013) sowie Autoimmunerkrankungen (Bookwalter et al., 2020) belegt.

Im Folgenden sollen die Charakteristika der relevantesten psychischen Traumafolgestörungen – PTSD, Depressionen und Angststörungen – beschrieben werden. Hierbei beziehe ich mich größtenteils auf die ICD-10-Forschungskriterien (Weltgesundheitsorganisation, 2016). Im Falle der PTSD jedoch wird der Fokus aufgrund der klareren Gliederung auf das DSM-V (American Psychiatric Association, 2018) gerichtet sein.

2.1.1. Posttraumatische Belastungsstörung

Das DSM-V (American Psychiatric Association, 2018) unterscheidet zwischen Diagnosekriterien für Erwachsene, Jugendliche und Kinder über 6 Jahren und solche, die jünger sind. Betrachtet werden sollen hier die Kriterien für die Über-6-Jährigen. Da

der Fokus in der in dieser Arbeit vorgestellten Untersuchung auf erwachsene Teilnehmer*innen war, wird im Folgenden auch nicht auf die Spezifika in der Symptomatik von Kindern über 6 Jahre eingegangen.

Im Kriterium A werden das traumatische Ereignis sowie die Form, wie dieses erlebt wurde, als Diagnosekriterium herangeführt, was die PTSD als besondere traumaassoziierte Diagnose hervorhebt. Die betroffene Person muss demnach mit „tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten“ (American Psychiatric Association, 2018, S. 369) konfrontiert worden sein:

1. Direktes Erleben
2. Persönliche Zeugenschaft, wie ein solches Ereignis einer anderen Person zustößt
3. Erfahren, dass ein oder mehrere traumatische Ereignisse einem nahen Familienmitglied oder engen Freund zugestoßen sind
4. Wiederholte oder extreme Konfrontation mit aversiven Details des oder der traumatischen Ereignisse/-s

Im Kriterium B wird auf die Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen) Bezug genommen, die auf das oder die traumatischen Ereignisse bezogen sind. Hiervon müssen für die Diagnose eines oder mehrere vorhanden sein:

1. Wiederkehrende belastende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis, die sich unwillkürlich aufdrängen
2. Träume, deren Inhalt und Affekte sich auf das traumatische Geschehen beziehen, die wiederkehrend sind und betroffene Person belasten
3. Dissoziative Reaktionen wie z. B. Flashbacks, wobei betroffene Person fühlt oder handelt, als würde das traumatische Ereignis in diesem Moment stattfinden
4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung, ausgelöst durch interne oder externe Hinweisreize, die auf das traumatisierende Ereignis verweisen (dieses symbolisieren oder an Aspekte erinnern)
5. Deutliche körperliche Reaktion auf in Punkt 4 aufgeführte Hinweisreize

Das Kriterium C bezieht sich auf Vermeidungssymptome. Diese treten erstmals nach dem oder den traumatischen Ereignissen auf und beziehen sich auf:

1. Gedanken, Gefühle und belastende Erinnerungen in Verbindung mit dem traumatisierenden Ereignis
2. Dinge in der Umwelt (beispielsweise Personen, Orte etc.), die diese belastenden Gedanken, Gefühle und/oder Erinnerungen hervorrufen

Negative Veränderungen von Kognition und Stimmung sind Gegenstand von Kriterium D. Es treten bei einer PTSD zwei oder mehr der folgenden Symptome auf:

1. Betroffene Person ist unfähig, sich an einen wichtigen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse zu erinnern (nicht bedingt durch Verletzungen oder Substanzeeinfluss).
2. Sie hegt anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen an sich oder die Welt.
3. Sie schreibt sich oder anderen aufgrund anhaltender verzerrter Kognitionen hinsichtlich Ursache und Folgen des traumatischen Erlebnisses Schuld zu.
4. Es besteht ein anhaltender negativer emotionaler Zustand wie beispielsweise Furcht, Wut oder Scham.
5. Für wichtige Aktivitäten besteht vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme.
6. Die Person fühlt sich abgetrennt oder entfremdet von anderen.
7. Positive Gefühle wie z. B. Glück und Zufriedenheit können dauerhaft nicht wahrgenommen werden.

Im Kriterium E wird auf die Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität eingegangen, die nach dem traumatischen Ereignis begonnen, bzw. sich danach verschlimmert haben. Das Auftreten von zwei oder mehr der folgenden Symptome sind charakteristisch für eine PTSD:

1. Reizbarkeit und Wutausbrüche
2. Selbstzerstörerisches oder riskantes Verhalten
3. Hypervigilanz
4. Konzentrationsschwierigkeiten
5. Schlafstörungen

In den letzten 3 Kriterien (F-H) wird festgelegt, dass das Störungsbild länger als 1 Monat anhalten muss, bedeutsames Leiden und/oder Einschränkungen in wichtigen Funktionsbereichen (bspw. beruflich oder sozial) auslöst und nicht Folge einer zugefügten Substanz ist oder eine andere körperliche Ursache hat.

Die Kriterien des DSM-V (American Psychiatric Association, 2018) decken sich weitgehend mit den ICD-10-Kriterien (Weltgesundheitsorganisation, 2016). Ein wichtiger Unterschied besteht jedoch darin, dass das DSM-V anhaltende negative Veränderungen von Kognition und Emotion einschließt, die so nicht im ICD-10 formuliert sind. Im ICD-11 (World Health Organization, 2023), welches seit 01.01.2022 gültig ist, wird neuerdings die „komplexe PTSD“ beschrieben, die solche negativen emotionalen und kognitiven Veränderungen als Symptome neben den klassischen PTSD-Symptomen berücksichtigt. Demnach haben Betroffene Probleme der Affektregulation, betrachten sich als unterlegen, minderwertig, sogar wertlos, hegen Gefühle von Scham, Schuld oder Versagen bezüglich des traumatischen Ereignisses und haben Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich anderen nah zu fühlen (World Health Organization, 2023).

Das Konzept einer komplexen PTSD wurde erstmals von Herman (1992) diskutiert, die unter dieser Überschrift die Folgen von langanhaltendem und wiederholtem Trauma – im Gegensatz zu dem in den diagnostischen Kriterien aufgeführten einmaligen Ereignis – zu erfassen suchte. Solch anhaltende Traumatisierungen entstehen im Kontext von Gefangenschaft ohne Fluchtmöglichkeit und dem Ausgeliefertsein an die Kontrolle des Täters (ebd.). Mögliche Szenarien sind – neben (sexuellem) Kindesmissbrauch – Gefängnisse, Konzentrationslager oder Arbeitslager (ebd.). Folter, Gefängnis und Konzentrationslager gehören zu den häufig aufgeführten traumatischen Erlebnissen bei Geflüchteten (Gäbel et al., 2006; Lie et al., 2004) Dies lässt vermuten, dass in dieser Personengruppe die komplexe PTSD eine relevante Diagnose darstellen könnte. Die Tatsache, dass die Diagnosekriterien des DSM-V Symptome der komplexen PTSD mit berücksichtigen, spricht dafür, sich für die in dieser Arbeit untersuchte vulnerable Gruppe Geflüchteter an diesem Manual zu orientieren.

2.1.2. Depression

Das ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2016), auf welches sich in der folgenden Beschreibung der Depression bezogen wird, unterscheidet zwischen leichten (ICD-10: F32.0), mittelgradigen (ICD-10: F32.1) oder schweren (ICD-10: F32.2 und F32.3) depressiven Episoden. In allen drei Fällen leidet die betroffene Person an mindestens zwei der folgenden, im Falle einer schweren depressiven Episode zwingend an allen drei der folgenden Symptome über mindestens zwei Wochen:

1. depressive Stimmung in ungewöhnlichem Ausmaß und unbeeinflusst von äußeren Umständen
2. Interessen- oder Freudenverlust
3. verminderter Antrieb bzw. gesteigerte Ermüdbarkeit

Weitere häufige Symptome sind:

1. vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
2. unangemessene Schuldgefühle und Selbstvorwürfe
3. Gedanken an Tod, Suizid oder suizidales Verhalten
4. vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen, Schwierigkeit, sich zu entscheiden
5. psychomotorische Unruhe oder Hemmung
6. Störungen des Schlafs
7. Störungen des Appetits mit entsprechender Gewichtsveränderung

Für eine leichte Depression müssen insgesamt vier bis fünf, für eine mittlere sechs bis sieben und für eine schwere mindestens acht der genannten Symptome bestehen. Bei schweren Depressionen wird außerdem unterschieden, ob diese mit oder ohne psychotische Symptome bestehen. Bei psychotischen Symptomen muss ausgeschlossen sein, dass die betroffene Person nicht die Kriterien einer Schizophrenie (ICD-10: F20.0–F20.3) oder schizodepressiven Störung (F25.1) erfüllt. Häufig besteht ein Schuld-, hypochondrischer, nihilistischer, Beziehungs- oder Verfolgungswahn (Weltgesundheitsorganisation, 2016). Auch ein depressiver Stupor ist möglich.

Eine Gruppe von depressiven Symptomen, die eine „allgemein anerkannte und spezielle klinische Bedeutung“ (Weltgesundheitsorganisation, 2016, S. 116) besitzen, wird als

somatisches Syndrom zusammengefasst. Sie alleine sind für die beschriebenen drei Grade der klassischen Depression zwar nicht diagnoseweisend, ihr Vorhandensein oder Fehlen kann jedoch hier mitkodiert werden. Im Falle einer schweren Depression wird davon ausgegangen, dass ein somatisches Syndrom immer vorhanden ist. Das somatische Syndrom beschreibt zudem mitunter Krankheitsbilder, die in der Kategorie „sonstige depressive Episoden“ (ICD-10: F32.8) zusammengefasst sind.

Typische Merkmale des somatischen Syndroms sind:

1. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
2. mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren
3. frühmorgendliches Erwachen, zwei Stunden oder mehr vor der gewohnten Zeit
4. Morgentief
5. der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
6. deutlicher Appetitverlust
7. Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat
8. deutlicher Libidoverlust

Das somatische Syndrom ist nur dann zu diagnostizieren, wenn wenigstens vier der genannten Symptome eindeutig feststellbar sind.

Die Funktionsfähigkeit ist je nach Schweregrad der Depression in unterschiedlichen Aktivitätsbereichen teilweise bis komplett eingeschränkt. Bei einer leichten Depression hat die Person Schwierigkeiten, ihre normale Berufstätigkeit und sozialen Aktivitäten fortzusetzen, gibt aber die alltäglichen Aktivitäten nicht vollständig auf, während sie bei einer mittelgradigen Depression nur unter erheblichen Schwierigkeiten soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen kann (Weltgesundheitsorganisation, 2016). Während einer schweren depressiven Episode ist es sehr unwahrscheinlich, dass ein Patient in der Lage ist, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen—allenfalls sehr begrenzt (ebd.).

2.1.3. Angststörungen

Zu den wichtigsten Angststörungen gehören die generalisierte Angststörung (GAS), die Panikstörung und Phobien (Gerrig & Zimbardo, 2018). Sie unterscheiden sich im Wesentlichen hinsichtlich der Rahmenbedingungen, unter welchen die Angstsymptome auftreten. Nach den Diagnosekriterien des ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2016) beziehen sich die Symptome einer Phobie (ICD-10: F40.0-F40.2) auf konkrete Objekte oder Situationen, während Panikattacken, die bei gehäuftem Auftreten als Panikstörung (ICD-10: F41.0) bezeichnet werden, plötzlich und unerwartet auftreten. Bei einer GAS (ICD-10: F41.1) leidet die betroffene Person seit mindestens 6 Monaten unter vorherrschender Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme. Die generellen Angstsymptome lassen sich in vier Kategorien unterteilen: vegetative Symptome, Symptome Thorax und Abdomen betreffend, psychische Symptome und allgemeine Symptome.

Zu den vegetativen Symptomen, von denen für die Diagnose jeder der hier genannten Angststörungen mindestens eines auftreten muss, gehören:

1. Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz
2. Schweißausbrüche
3. Tremor (fein- oder grobschlägig)
4. Mundtrockenheit

Als Symptome Thorax und Abdomen betreffend werden beschrieben:

5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl
7. Thoraxschmerzen oder -missempfindungen
8. Nausea oder abdominelle Missempfindungen

Unter psychischen Symptomen sind aufgeführt:

9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit
10. Depersonalisation oder Derealisation (man nimmt sich selbst oder die Umwelt unwirklich wahr)
11. Angst vor Kontrollverlust
12. Angst, zu sterben

Allgemeine Angstsymptome sind:

13. Hitzewallungen oder Kälteschauer
14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühl

Für die Diagnose einer Phobie müssen mindestens zwei der gelisteten Symptome auftreten, bei einer Panikattacke mindestens vier. Für die GAS wird die Liste ergänzt durch Symptome der Anspannung:

15. Muskelverspannungen, akute oder chronische Schmerzen
16. Ruhelosigkeit und Unfähigkeit, sich zu entspannen
17. Gefühle von Aufgedrehtsein, Nervosität und psychischer Anspannung
18. Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden

Zudem können bei einer GAS folgende andere unspezifische Symptome auftreten:

19. übertriebene Reaktion auf kleine Überraschungen oder Erschrecktwerden
20. Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf
21. anhaltende Reizbarkeit
22. Einschlafstörung wegen Besorgnissen

Für die Diagnose einer GAS müssen mindestens vier der aufgeführten GAS-spezifischen Symptome bestehen.

In der Kategorie der Phobien werden speziell Agoraphobie (ICD-10: F40.0) und soziale Phobie (ICD-10: F40.1) hervorgehoben. Die Agoraphobie bezieht sich auf den öffentlichen Raum mit Phobien beispielsweise vor Menschenmengen oder öffentlichen Plätzen sowie Reisen. Bei einer sozialen Phobie hat die Person Angst, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten, während sie im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Bei der Diagnose beider Phobien müssen organische psychische Störungen (ICD-10: F0), Schizophrenie und verwandte Störungen (ICD-10: F2), affektive Störungen (ICD-10: F3) und eine Zwangsstörung (ICD-10: F42) ausgeschlossen sein; auch muss sichergestellt sein, dass die Symptome nicht Folge von kulturell akzeptierten Anschauungen sind. Allen Phobien gemeinsam ist, dass die Betroffenen deutlich emotional belastet sind durch die Symptome oder das Vermeidungsverhalten und wissen, dass diese übertrieben und unvernünftig sind.

Bei der Panikstörung wird zwischen einer mittelgradigen und einer schweren Panikstörung unterschieden. Bei einer mittelgradigen treten mindestens vier Panikattacken in vier Wochen auf, bei einer schweren mindestens vier pro Woche über einen Zeitraum von vier Wochen. Sie zeichnen sich aus als einzelne Episoden intensiver Angst oder Unbehagen, beginnen abrupt, und ihr Höhepunkt ist innerhalb weniger Minuten erreicht bei einer Dauer von zumindest einigen Minuten. Ausgeschlossen werden für die Diagnose einer Panikstörung müssen organische Ursachen (z. B. Hyperthyreose), organische psychische Störungen (ICD-10: F0), Schizophrenie und verwandte Störungen (ICD-10: F2), affektive Störungen (ICD-10: F3) und somatoforme Störungen (ICD-10: F45).

Hinsichtlich der GAS muss geklärt sein, dass die Kriterien für die anderen Angststörungen bei dem/der Betroffenen nicht zutreffen und weder eine Zwangsstörung (ICD-10: F42) noch eine hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2) vorliegt. Auch darf die Symptomatik nicht auf eine organische Krankheit oder organische psychische Störung (ICD-10: F0) zurückzuführen sein, bzw. durch psychotrope Substanzen ausgelöst (ICD-10: F1).

2.1.4. Komorbidität bei Traumafolgestörungen

Häufig sind Personen, die an den psychischen Folgen von Trauma leiden, nicht nur von einer Störung betroffen. Um die Komorbidität mit speziellem Bezug auf Trauma zu eruieren, bietet es sich an, diese bei PTSD zu betrachten, da hier das traumatische Ereignis zwingendes Diagnosekriterium ist.

Die Komorbidität von PTSD mit anderen psychischen Erkrankungen ist gut untersucht. So konnten Kessler et al. (1995) im Rahmen des von ihnen durchgeführten „comorbidity survey“ (n = 5.877) in den USA neben einer PTSD bei 88,3% der betroffenen Männer und 79% der betroffenen Frauen mindestens eine weitere psychische Erkrankung diagnostizieren. Hierbei betrachteten sie affektive Störungen, Angststörungen und substanzbedingte Störungen und fanden eine besondere Häufung bei schweren Depressionen und Phobien sowie bei Männern spezifisch Drogen- und Alkoholmissbrauch bzw. -sucht (ebd.). Creamer et al. (2001) wiesen im Rahmen des „Australian National Survey of Mental Health and Well-being“ (n = 10.641) bei 85,2% der Männer mit PTSD und 79,7% der Frauen eine weitere psychische Störung nach.

Laut ihrer Studienergebnisse haben mehr als 60% der an PTSD erkrankten Männer und fast 50% der Frauen zwei und mehr weitere Diagnosen, die sich aus der Gruppe der affektiven Störungen, Angststörungen und Substanzstörungen zusammensetzen, wobei schwere depressive Episode und generalisierte Angststörung hier besonders gehäuft vorkommen (ebd.). Ähnliche Komorbiditäten weisen Perkonig et al. (2000) auf, die eine Kohorte (n = 3.021) von jungen Erwachsenen (14–24 Jahre) in Bayern untersuchten. Bei 87% der erfassten PTSD-Patient*innen konnte mindestens eine weitere Diagnose gestellt werden, bei 77,5% zwei oder mehr. Ein besonders ausgeprägtes Odds Ratio fanden sie bei somatoformen Störungen, Dysthymie, generalisierter Angststörung sowie Agoraphobie (ebd.). Die Wahrscheinlichkeit, neben PTSD an jeglicher affektiver Störung, schwerer Depression, Dysthymie, Bipolarer Störung I und II, generalisierter Angststörung, Panikstörung, Agoraphobie ohne Panikattacke, sozialer oder spezieller Phobie, jeglicher anderen Angststörung, Drogen- oder Alkoholmissbrauch bzw. -sucht zu leiden, erwies sich in einer in den USA durchgeführten epidemiologischen Studie („Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions“ von Pietrzak et al. (2011), die 34.653 Teilnehmende umfasste, auch als deutlich erhöht. Besonders hoch zeigte sich hier die Komorbidität von schwerer Depression, generalisierter Angststörung, Panikstörung, Alkohol- und Nikotinmissbrauch mit PTSD (ebd.).

Depressive Störungen scheinen insgesamt eine hohe Komorbidität mit PTSD zu haben – auch Rytwinski et al. (2013) konnten in einer Metaanalyse, die 57 Studien umfasste (n = 6.670), eine Prävalenz schwerer depressiver Störung von 52% bei PTSD-Patient*innen nachweisen. Bowler et al. (2016) fanden bei Polizeibeamten mit PTSD gar eine Komorbidität von 47,7% mit Depression *und* Angststörung, während eine alleinige Komorbidität mit Depressionen ihrer Untersuchung 24,7% betrug.

Neben den bisher aufgeführten häufigen Komorbiditäten zur PTSD treten auch Essstörungen (Aksay et al., 2000; Hudson et al., 2007; Polivy et al., 1994), Zwangserkrankungen (Grabe et al., 2001), ADHS (Hudson et al., 2007) oder die emotional instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs (Pagura et al., 2010) vermehrt in der Gruppe der an PTSD Erkrankten auf.

Was die Komorbidität körperlicher Erkrankungen angeht, so besteht bei PTSD ein höheres Risiko an koronarer Herzkrankheit zu erkranken (Kubzansky et al., 2007), und

auch dermatologische Erkrankungen, namentlich Urtikaria, Psoriasis, Pruritus, vermehrtes Schwitzen oder Trichotillomanie, stehen in engem Zusammenhang mit dieser Störung (Gupta et al., 2017). Zudem treten somatoforme Störungen wie Fibromyalgie, chronischer Schmerz, chronisches Fatigue-Syndrom, Reizdarmsyndrom oder kranio-mandibuläre Dysfunktion gehäuft im Zusammenhang mit PTSD auf (Afari et al., 2014).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass PTSD selten als allein-stehende Diagnose vorkommt. Betroffene multipler psychischer Erkrankungen sind als besonders vulnerabel einzustufen, da die Komorbidität sich zusätzlich negativ auf Lebensqualität, psychische und physische Beeinträchtigung sowie Suizidalität auswirkt (Araújo et al., 2014; Caramanica et al., 2014; Kimbrel et al., 2016).

2.2. Psychische Belastung bei Geflüchteten

Die Prävalenzeinschätzungen psychischer Erkrankungen von Geflüchteten weisen eine erhebliche Heterogenität auf. Diese ist u. a. auf verschiedene Messinstrumente und z. T. große Unterschiede in der Zusammensetzung der untersuchten Population bezüglich Alter, Herkunft, Aufenthaltsstatus, Aufnahmeland und Aufenthaltsdauer zurückzuführen.

So wundert es nicht, dass in einer Übersichtsarbeit von Turrini et al. (2017), welche internationale Reviews bezüglich Prävalenzeinschätzungen zusammenfasst und bewertet, die Krankheitslast – schaut man die Extremwerte an – wenig aussagekräftig bei Angststörungen mit 4–90%, bei Depressionen mit 2–100% und PTSD mit 0–99% beschrieben werden kann. Jedoch wird ebenfalls in der erwähnten Übersichtsarbeit deutlich, dass die Einschätzungen spezifischer werden, wenn man besonders definierte Populationen in den Fokus nimmt – so schränken Alemi et al. (2014) die in ihrem Review zusammengefassten Arbeiten hinsichtlich der Herkunft (Afghanistan), der Aufenthaltsdauer (3–21 Tage) und des Aufenthaltsortes (westliche Länder) ein und kommen in diesem Zusammenhang auf Einschätzungen von 25,4–50% für PTSD, 54,7–57% für Depression und 12–39,3% für Angststörungen.

Da in der hier vorgestellten Studie Asylsuchende, welche in Deutschland in der Hessischen Erstaufnahmeeinrichtung und den Gemeinschaftsunterkünften des Landkreises Gießen untergebracht wurden, im Fokus sind, bietet es sich an, sich für

Prävalenzeinschätzungen spezifisch Studien zu widmen, die ähnliche Geflüchtetenpopulationen betrachten.

Lange konnte zu diesem Zweck nur eine Prävalenzerhebung von PTSD von Gäbel et al. (2006) herangezogen werden, welche zu einer Punkt-Prävalenz-Einschätzung von ca. 40% bei Asylsuchenden in Deutschland für dieses Krankheitsbild kommt. In den letzten Jahren – in einem Zeitraum, in dem auch die Studie, die Gegenstand dieser Promotionsarbeit ist, durchgeführt wurde – hat die Forschung in diesem Bereich Aufschwung erfahren. Richter et al. (2015) beispielsweise untersuchten Asylbewerber*innen in einer Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung in Bayern, mitunter mit diagnostischen Interviews. Hier wurden in der Gruppe der randomisiert Zugewiesenen Prävalenzen von 39,3% für PTSD, 12,8% für depressive und rezidivierende depressive Störung und 4% für chronische Insomnie festgestellt (ebd.). Führer & Eichner (2015) untersuchten mittels Screeningfragebögen die psychische Gesundheit von Bewohner*innen der Gemeinschaftsunterkünfte für Asylsuchende in Halle und ermittelten Prävalenz-Einschätzungen von 18,2% für PTSD (via HTQ²), 54,7% für Depressionen (via HSCL-25³) und 42,5% für Angststörungen (auch via HSCL-25). Eine aktuelle Studie, durchgeführt von Nesterko et al. (2020a) in der Erstaufnahmeeinrichtung Sachsens, untersuchte die psychische Gesundheit der hier untergebrachten Asylsuchenden auch via Screeningfragebögen und kam auf Prävalenzen von 35,7% für PTSD (PTSD-Checklist), 21,3% für Depression (PHQ⁴) und 31,3% für Somatisierung (SSS-8⁵). In einer aktuellen Studie von Rzepka et al. (2022), die in vorläufigen Unterkünften im Rhein-Neckar-Kreis durchgeführt wurde, wurden via PC-PTSD-5⁶ und PHQ-4⁷ bei 47% der teilnehmenden Bewohner*innen Symptome einer PTSD, bei 37,7% jene einer Depression und bei 29,2% jene einer Angststörung ermittelt.

Andere Studien betrachteten neben der Prävalenz unterschiedliche Faktoren, die sie modulieren. So beschrieb Albers (2012) in ihrer Dissertation, in welcher sie die psychische Gesundheit von Bewohner*innen über 14 Jahre einer GU in Würzburg via *Prime MD Patient Health Questionnaire* in untersuchte, allgemeine Prävalenzen von

2 Harvard Trauma Questionnaire

3 Hopkins Symptom Checkliste 25

4 Patient Health Questionnaire

5 Somatic-Symptom-Scale-8

6 Primary Care PTSD Screen for DSM-5

7 Patient Health Questionnaire 4

38,6% für somatoformes Syndrom, 48,5% für depressives Syndrom, 20,7% für Angstsyndrom (Panik und andere Angststörungen) und 12,1% für Alkoholsyndrom. Gleichzeitig stellte sie die unterschiedlichen Sprachgruppen einander gegenüber und konnte so z. B. eine Überrepräsentation der Major Depression bei russischsprechenden Teilnehmer*innen mit 82,4% (vs. erwarteten 49,6%) ermitteln⁸ (ebd.). Auch zeigte sich in dieser Gruppe ein überproportional großer Anteil an schwerem somatoformen Syndrom mit 44,4% – vs. 19,3% in der Grundgesamtheit (ebd.). Weitere Sprachgruppen waren zusammengefasst als „Arabisch und Farsi“, „Amharisch und Somali“ sowie „Deutsch und Englisch“, entsprechend der Sprache der Fragebögen (ebd.). Als wichtiger Indikator der Krankheitslast wurde in der Studie von Albers auch die Komorbidität untersucht, wobei 53,5% der Teilnehmenden ein bis zwei der untersuchten Syndrome und 12,1% drei oder mehr dieser aufwiesen. Als wichtigen Modulator der Depressivität konnte Albers die Aufenthaltsdauer in der Gemeinschaftsunterkunft identifizieren mit Verstärkung der Symptomatik über die Zeit. Dies galt jedoch nicht für die anderen untersuchten Syndrome.

Ein gegenläufiges Ergebnis, nämlich den Rückgang der Schwere der Symptomatik über die Zeit, ermittelten Georgiadou et al. (2017), die Arabisch sprechende Asylsuchende in einer GU in Erlangen untersuchten. In der untersuchten Kohorte fanden sie durch Screeningfragebögen Krankheitshäufigkeiten von 35,7% für PTSD-Symptome (ETI⁹), von 57,1% für Symptome von Depression jeglicher Schwere (PHQ¹⁰) und von 39,8% für moderate bis schwere Angststörung (GAD¹¹) (ebd.).

Kröger et al. (2016), die posttraumatische und depressive Symptomatik in der Landesaufnahmestelle Niedersachsen mittels PDS-8¹² und PHQ-9¹³ (beides Screeningfragebögen) untersuchten, fanden bei den hier lebenden Asylsuchenden eine Prävalenz von 23,6% für posttraumatische Symptomatik und 25,4% für depressive Symptomatik. Hier wurde zwischen der Herkunft i. S. von „Balkanstaaten“, „Naher Osten“, „Nordafrika“ und „Restafrika“ unterschieden und so Bandbreiten der Krankheitslast von 16,1% („Balkanstaaten“) bis zu 28,1% („Nordafrika“) für

8 Eine Inkongruenz in Hinblick auf die Gesamtprävalenz von 48,5% für depressives Syndrom (vs. erwartete Prävalenz von 49,6% der Unterkategorie Major Depression) ist hier durch zwei mögliche Auswertungsalgorithmen, einen kontinuierlichen und einen kategorialen, zu erklären.

9 Essen Trauma Inventory

10 Patient Health Questionnaire-9

11 General Anxiety Disorder Scale

12 Posttraumatic Diagnostic Scale 8

13 s. o.

posttraumatische Symptomatik und von 17,9% („Balkanstaaten“) bis zu 35,9% („Nordafrika“) für depressive Symptomatik differenziert.

Eine Studie von Winkler et al. (2019) untersuchte die psychische Gesundheit von Asylsuchenden in Berlin via Screeningfragebögen (HSCL-25¹⁴, PDS¹⁵ und HTQ¹⁶) mit Fokus auf PTSD, Angststörungen und Depression und arbeitete die unterschiedlichen Prävalenzen nach Aufenthaltsstatus heraus. So fand das Forscherteam bei 41,7% der Befragten PTSD-Symptome, differenzierte jedoch eine Bandbreite von 33% bei Geduldeten (4,9% der Grundgesamtheit) bis zu 75% bei Befragten ohne offiziellen Status (0,8% der Grundgesamtheit) (ebd.). Bei Teilnehmer*innen mit Aufenthaltserlaubnis (13,7% der Grundgesamtheit) litten 40,3% an einer solchen Symptomatik (ebd.). In Hinblick auf das Krankheitsbild Depression ermittelte das Winkler et al. (2019) eine Krankheitslast von 61,3% auf die von ihnen betrachtete Grundgesamtheit. Auch hier reichte die Prävalenz je nach Untergruppe von 58,6% bei Teilnehmenden, die ihren Status nicht angaben (17,1% der Befragten), bis zu 83,3% bei Menschen, die lediglich eine Grenzübertrittsbescheinigung innehatten (2,0% der Grundgesamtheit) (ebd.). Und auch bezüglich Angstsymptomatik zeigten sich Unterschiede nach Aufenthaltsstatus, die von 40% („kein offizieller Status“) bis zu 75% („Grenzübertrittsbescheinigung“) reichten bei einer Gesamtprävalenz von 52,3%.

Ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und Krankheitslast ermittelten Boettcher und Neuner (2022), die einen unsicheren Aufenthaltsstatus als Risiko für eine stärkere PTSD-Symptomatik herausarbeiteten. In ihrer Untersuchungsgruppe von Geflüchteten in NRW gab es bei 38,5% der mittels *Checklist for DSM-5* (PCL-5) Befragten Symptome, die auf eine wahrscheinliche PTSD-Diagnose hinweisen. 16,3% der durch den Fragebogen untersuchten, gaben einen unsicheren Aufenthaltsstatus an und hatten einen signifikant höheren Durchschnittsscore ($M = 30,67$ ($SD = 15,98$) vs. $M = 16,38$ ($SD = 12,52$); $t(63) = -3,63$, $p = 0,001$).

(Borho et al., (2022) untersuchten 2019 syrische Geflüchtete, die im Zeitraum zwischen 2014 und 2017 nach Deutschland gekommen waren, mit Zuhilfenahme von Screeningfragebögen (PHQ-9¹⁷, GAD-7¹⁸ und ETI¹⁹) auf Depressionen, Angststörungen

14 Hopkins Symptom Checkliste 25

15 Posttraumatic Diagnostic Scale

16 Harvard Trauma Questionnaire

17 Patient Health Questionnaire 9

18 Generalized Anxiety Disorder 7

19 Essen Trauma Inventory

und PTSD. Sie erfassten Prävalenzen von 30% für Depressionen, 16% für Angststörungen und 12% für PTSD.

Zu einer ähnlichen Einschätzung bezüglich PTSD-Belastung kamen (Kaltenbach et al., (2017), die eine Prävalenz von 13% bei Bewohner*innen von GUs via *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5) erhoben.

Betrachtet man die Durchschnittswerte der in diesem Kapitel vorgestellten Studien, die in der Hauptsache in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland durchgeführt und vornehmlich in den letzten 8 Jahren veröffentlicht wurden, unabhängig von Sprache, Herkunft, Aufenthaltsstatus und -dauer als modulierende Faktoren, kommt man für die Diagnose PTSD auf Prävalenzeinschätzungen von 12% (Borho et al., 2022) bis zu 47% (Rzepka et al., 2022), wobei 5 der 11 in diesem Kapitel vorgestellten Studien, die sich hierzu äußern, mit Werten im Bereich von 35,7–41,7% sehr nahe beieinander liegen (Gäbel et al., 2006; Georgiadou et al., 2017; Nesterko et al., 2020a; Richter et al., 2015; Winkler et al., 2019). Ein Review von Hoell et al. (2021), das die Prävalenzen psychischer Erkrankungen von Asylsuchenden in Deutschland ab 2000 evaluierte, kommt auf eine gepoolte Prävalenzeinschätzung von 29,9% für PTSD bei der Betrachtung von Studien, die Screeningfragebögen benutzen, und auf eine minimal niedrigere Rate – 28,1% – bei Studien, die ein diagnostisches Instrument nutzten.

Bei Depressionen zeigt sich das Feld weit heterogener. Hier reichen die Prävalenzen von 12,8% (Richter et al., 2015) bis zu 61,3% (Winkler et al., 2019); die Werte der anderen vorgestellten Studien verteilen sich mit 21,3% (Nesterko et al., 2020a), 25,4% (Kröger et al., 2016), 30% (Kaltenbach et al., 2017), 37,7% (Rzepka et al., 2022), 48,5% (Albers, 2012), 54,7% (Führer & Eichner, 2015) und 57,1% (Georgiadou et al., 2017) relativ ebenmäßig dazwischen. Eine gepoolte Prävalenz von 39,8% bei Studien, die Screeningfragebögen nutzten, konnten Hoell et al. (2021) in ihrem Review ermitteln, wobei, wenn Erhebungen mit diagnostischen Instrumenten betrachtet wurden, die Einschätzungen mit 28,4% deutlich niedriger waren.

Etwas näher aneinander, jedoch auch gut verteilt erscheinen die Einschätzungen für Angststörungen. Sie reichen von 16% (Kaltenbach et al., 2017)(Albers, 2012) bis zu 52,3% (Winkler et al., 2019), während es weitere Einschätzungen von 42,5% (Führer &

Eichner, 2015) und 39,8% (Georgiadou et al., 2017), 29,2% (Rzepka et al., 2022) und 20,7% (Albers, 2012) gibt.

Setzt man die drei in den hier vorgestellten Studien am häufigsten untersuchten Krankheitsbilder – PTSD, Depressionen und Angststörungen – in Relation zu den Gesamtprävalenzen für die deutsche Allgemeinbevölkerung, wird deutlich, dass Asylsuchende als besonders vulnerable Gruppe verstanden werden können. So befindet sich selbst die niedrigste Einschätzung für PTSD-Prävalenz von Borho et. al. (2022) mit 12% bei Asylsuchenden weit über der für Deutschland geschätzten Prävalenz von 2,3% (Jacobi et al., 2014). Auch Depressionen sind weit häufiger als die für Deutschland geschätzte Prävalenz von 9,3% (ebd.). Ebenso sind Angststörungen nach den hier vorgestellten Studien unter Geflüchteten in Deutschland mit einer höheren Krankheitslast verbunden als bei der deutschen Allgemeinbevölkerung, bei welcher von einer Prävalenz von 15,3% auszugehen ist (ebd.).

Dass die gesuchte Erkrankung ein wichtiges Gesundheitsproblem sein muss, ist eines der von Wilson und Jungner für die WHO formulierten Screening-Kriterien (Wilson & Jungner 1968).

In Hinblick auf die hier vorgestellten Prävalenzen zeigt sich eindeutig, dass psychische Morbidität von Geflüchteten in Deutschland ein solches darstellt und ein Screening hierfür eine epidemiologische Berechtigung hat.

2.3. Fluchtbewegungen international 2015

Aus dem Bericht des UNHCR zu gewaltsamer Vertreibung aus dem Jahr 2015 (United Nations High Commissioner for Refugees, 2016), dem Jahr der Erhebung der in dieser Arbeit vorgestellten Daten, geht hervor, dass dieses Jahr ein trauriges Rekordjahr war. So wird hier von 65,3 Millionen gewaltsam vertriebenen Menschen berichtet – im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg um 5,8 Millionen (ebd.). Unter ihnen werden 40,8 Millionen Binnenvertriebene, 16,1 Millionen Flüchtlinge (*refugees*) unter UNHCR-Mandat, 5,2 Millionen palästinensische Flüchtlinge und 3,2 Millionen Asylsuchende ²⁰subsumiert (ebd.). Hauptaufnahmeländer für Flüchtlinge und Menschen in flüchtlingsähnlichen Situationen waren 2015 die Türkei, Pakistan, der Libanon, Iran, Äthiopien, Jordanien, Kenia, Uganda, die Demokratische Republik Kongo und der

20 Hierzu zählen laut UNHCR-Bericht alle Personen, die zum Zeitpunkt der Erhebung auf einen Bescheid zu ihrem Antrag auf Asyl warten (United Nations High Commissioner for Refugees, 2016).

Tschad (ebd.). Unter den Hauptherkunftsländern führte Syrien mit 4,9 Millionen Personen mit weitem Abstand vor Afghanistan mit 2,7 Millionen die Liste der Vertriebenen an, gefolgt von Somalia, Südsudan, Sudan, der Demokratischen Republik Kongo, der Zentralafrikanischen Republik, Myanmar, Eritrea und Kolumbien (ebd.).

2.3.1. Asylanträge in Deutschland zum Erhebungszeitpunkt

Insgesamt wurden weltweit im Jahr 2015 2,01 Millionen neue Asylanträge gestellt (United Nations High Commissioner for Refugees, 2016). Deutschland verbuchte hierbei mit 441.900 Registrierungen die meisten, gefolgt von den Vereinigten Staaten von Amerika mit 172.700 und Schweden mit 156.400 Erstantragsteller*innen (ebd.). In Deutschland führte Syrien die Liste der Asylanträge mit 158.700 an, was eine Vervielfachung der Anträge im Vergleich zum Vorjahr mit 39.300 Anträgen bedeutete (ebd.). Auch bei der Anzahl der Antragsteller*innen aus Albanien war im Vergleich zum Vorjahr mit 53.800 ein mehr als sechsfacher Anstieg bei 7.900 Anträgen 2014 zu verzeichnen (ebd.). Die Hauptherkunftsländer für Deutschland waren 2015 dem Bericht des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge zufolge Syrien (35,9%), Albanien (12,2%), gefolgt vom Kosovo (7,6%), Afghanistan (7,1%), Irak (6,7%), Serbien (3,8%), Mazedonien (2,1%), Eritrea (2,5%) und Pakistan (1,9%) (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016). In Hessen alleine wurden 2015 6,16% der Erstanträge gestellt. 252.360 (69,4%) der Erstantragsteller 2015 in Deutschland waren männlich, gut die Hälfte zwischen 18 und 35 Jahren.

2.4. Screening

2.4.1. Definition und Gegenüberstellung zu Diagnostik

Als Screening wird ein Verfahren betrachtet, welches durch die Anwendung von Tests, Untersuchungen und anderen schnell anwendbaren Verfahren potentiell Erkrankte von potentiell Gesunden unterscheidet (Wilson & Jungner, 1968). Ziele von Screening-Programmen sind, das Risiko zukünftiger Krankheit zu reduzieren oder Betroffene mit Informationen auszustatten, auch wenn das Risiko nicht verändert werden kann (z. B. im Falle von pränatalen genetischen Tests zu Trisomie 21) (Raffle & Muir Gray, 2009). Um ein Screening sinnvoll zu gestalten, müssen einige Grundsätze erfüllt werden. So ist eine Voraussetzung für das Etablieren eines Screening-Verfahrens, dass die Erkrankung,

für welche das Screening entwickelt wird, ein wichtiges Gesundheitsproblem darstellt – entweder gesamtgesellschaftlich oder in der Schwere, die sie für das Individuum darstellt (Wilson & Jungner, 1968). Auch muss es eine anerkannte Therapie für die gesuchte Erkrankung geben und nachgewiesen sein, dass die Anwendung dieser im durch das Screening erfassten Stadium der Krankheit mehr Nutzen als Schaden bringt (ebd.) bzw. die Früherkennung überhaupt einen Vorteil für die Prognose erbringt (Raffle & Muir Gray, 2009). Natürlich kann ein Screening nur ethisch vertretbar sein, wenn der Zugang zu Diagnostik und Therapie für die herausgefundenen Verdachtsfälle gegeben ist (Wilson & Jungner, 1968).

Ein zentrales Element des Screenings ist der Screeningtest. Dieser unterliegt zwar wie ein diagnostischer Test den konventionellen Testgütekriterien, jedoch ist bei ihm eine höhere Fehlertoleranz akzeptabel (Wilson & Jungner, 1968). Das bedeutet, er muss – quasi als vorgeschaltetes Sieb zur Diagnostik – erkrankte Menschen von gesunden Menschen nicht so trennscharf unterscheiden wie ein diagnostischer Test (Weltgesundheitsorganisation, 2020).

Zur Bewertung dieser Unterscheidung werden als Messgrößen Sensitivität und Spezifität angeführt. Sensitivität ist die Fähigkeit eines Tests, eine erkrankte Person auch als positiv zu testen, die Spezifität ist die Fähigkeit, eine nicht erkrankte Person als negativ zu testen (Weltgesundheitsorganisation, 2020).

Anders ausgedrückt, ist die Sensitivität der Anteil jener, die richtig positiv (RP) getestet wurden an der Grundgesamtheit jener, die tatsächlich das gesuchte Kriterium (z. B. „erkrankt“) erfüllen. Diese setzt sich zusammen aus jenen, die richtig positiv (RP) getestet wurden, und jenen, die fälschlicherweise negativ getestet wurden, obwohl das Kriterium, auf welches getestet wird, eigentlich erfüllt wurde. Letztere werden als „falsch negativ“ (FN) (Moosbrugger & Kelava, 2020, S. 180) bezeichnet oder auch unter dem „Fehler zweiter Art“ (Rüger, 2002, S. 11–12) kategorisiert. Mathematisch formuliert ist Sensitivität definiert als $\frac{RP}{FN + RP}$ (Moosbrugger & Kelava, 2020).

Die Spezifität erfasst hingegen den Anteil der Proband*innen, die richtig negativ (RN) erfasst wurden, an der Grundgesamtheit jener, die das gesuchte Kriterium tatsächlich nicht erfüllen. Dem entspricht die Formel $\frac{RN}{FP + RN}$ (Moosbrugger & Kelava, 2020), wobei „FP“ für „falsch positiv“ steht, also jene bezeichnet, die fälschlicherweise positiv

getestet wurden, das Kriterium aber nicht erfüllen. Dies wird auch als „Fehler erster Art“ bezeichnet (Rüger, 2002, S.11–12).

Tabelle 1: Testwert bezogen auf ein externes Kriterium

		Klassifikation	
		+	-
Kriterium	+	RP	FN (Fehler 2. Art)
	-	FP (Fehler 1. Art)	RN

+ = positiv, - = negativ, RP = richtig positiv, FN = falsch negativ, FP = falsch positiv, RN = richtig negativ; Quelle: Moosbrugger & Kelava (2020, S.180), ergänzt durch Richards

Um möglichst viele potentiell Erkrankte zu erfassen, nehmen Screeningtests eine höhere Rate an falsch Positiven in Kauf, was zu Lasten der Spezifität geht. Erst in einem zweiten Schritt kann dann durch einen diagnostischen Test krank von gesund genauer unterschieden werden. Bei erhöhter Fehlertoleranz hat der Screeningtest im Gegensatz zum diagnostischen Test noch andere spezifische Anforderungen zu erfüllen. Er sollte so einfach und schnell anwendbar und mit möglichst geringen Kosten verbunden sein – sowohl für das Material als auch das Personal (Wilson & Jungner, 1968). Wie ein diagnostischer Test unterliegt ein Screeningtest auch den herkömmlichen Testgütekriterien von Objektivität, Reliabilität und Validität. Das bedeutet, dass das Testergebnis unabhängig von Ort, Zeit, Testleiter*in und Auswerter*in reproduzierbar sein muss (Objektivität), der Test das Merkmal, das er misst, exakt misst, d. h. ohne Messfehler (Reliabilität), und er das Merkmal, das er messen soll, auch wirklich misst und nicht ein anderes (Validität) (Moosbrugger & Kelava, 2020). Hinsichtlich eines Screeningtests ist es weiterhin notwendig, dass dieser von der untersuchten Population akzeptiert wird – hierzu gehört zum einen gesundheitliche Aufklärung, zum anderen muss die Belastung durch die Untersuchung in Relation stehen zum Gesundheitsrisiko (Wilson & Jungner, 1968). So ist z. B. eine Koloskopie für eine bestimmte Risikogruppe für Darmkrebs möglicherweise ein akzeptableres Screening, als es für die Allgemeinbevölkerung wäre. Auch muss bei einem Screeningtest im Vorhinein klar festgelegt werden, wer als positiver Fall gewertet wird und an Diagnostik und Therapie

weitergeleitet wird und wer nicht, womit Einheitlichkeit im Umgang mit den Ergebnissen gewährleistet ist (ebd.).

Das Kriterium der Ökonomie, das im Kleinen auf Testkosten angewandt wird, wird im Großen auch auf das gesamte Screening-Programm angewandt – die Kosten (einschließlich Diagnose und Therapie der diagnostizierten Fälle) müssen in Relation zu den Gesamtkosten des Gesundheitssystems stehen, und auch gesamtgesellschaftliche finanzielle Einbußen durch beispielsweise Verdienstausschlag durch Krankheit müssen berücksichtigt werden (ebd.).

Fallerkennung durch Screening sollte ein kontinuierlicher Vorgang sein (Wilson & Jungner, 1968) und in ein Screening-Programm eingebunden sein, in dem eine kontinuierliche Qualitätssicherung gegeben ist (Raffle & Muir Gray, 2009). Zur Initiierung eines solchen Programmes sind neben der wissenschaftlich zu belegenden Sinnhaftigkeit der politische Wille und die damit verbundene Setzung von Prioritäten in Bezug auf das Gesundheitssystem grundlegend (Weltgesundheitsorganisation, 2020).

2.4.2. Anforderungen an einen Screeningtest für psychische Belastung Asylsuchender

Ein Screeningtest auf Traumafolgestörungen bei Asylbewerber*innen sollte zunächst natürlich die oben genannten allgemeinen Gütekriterien für einen Screeningtest, d. h. Objektivität, Reliabilität, Validität und Ökonomie, berücksichtigen (Moosbrugger & Kelava, 2020; Wilson & Jungner, 1968). Besonders an die Validität sind hinsichtlich der sehr heterogenen Zielgruppe von Asylbewerber*innen in Deutschland hohe Ansprüche gestellt. So bildet sich mit Syrien, Albanien, Kosovo, Afghanistan, Irak, Serbien, Mazedonien, Eritrea und Pakistan als die häufigsten Herkunftsländer für Asylbewerber*innen 2015 in Deutschland eine große Diversität an kulturellen Hintergründen ab (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016). Auch ist der Bildungsstand vielschichtig – 40% haben eine weiterführende Schule besucht, 35% mit Abschluss, während 12% nur eine Grundschule besucht haben und 13% keine Schulbildung haben, was mit 11% kontrastiert, die einen (Fach-)Hochschulabschluss oder eine Promotion erlangt haben (Brücker et al., 2017).

2.4.3. Kulturelle Validität

Zunächst soll der Einflussfaktor der Kultur ins Blickfeld genommen werden, der auf vielfältige Weise Einfluss auf die Testauswahl nimmt.

Kultur kann als konventionelle Vereinbarungen verstanden werden, welche sich im Handeln und in Gegenständen ausdrücken (Redfield, 1941). Sie bietet einen „Wahrnehmungsfiler“, der sinnliche Erfahrung und ihre kognitive Verarbeitung formt (Knipper & Bilgin, 2009). Vor dem Hintergrund dieses Kulturverständnisses können die im DSM und ICD erfassten Diagnosen, wie beispielsweise die PTSD als sogenannte *culture bound disorder* (kulturgebundene Störungen) verstanden werden, die in einem „westlichen“ Kontext entwickelt wurden (Marsella, 2010).

Die Anwendbarkeit der in DSM und ICD formulierten diagnostischen Entitäten über den *westlichen* Kontext hinaus wurde in Fachkreisen vielfach diskutiert. So beeinflusst Kultur laut Marsella (2010) die klinischen Parameter einer PTSD und verwandten Belastungsstörungen bezüglich folgender Punkte:

- Entstehungsmuster
- Ausdrucksweise für Leiden (*idioms of distress*)
- Manifestation von Symptomen (z. B. Schuld, Wut, Angst, Somatisierung)
- Symptombilder von Wiedererleben, Vermeidung und Dissoziation
- Behinderungen und Beeinträchtigungen
- Verlauf, Entwicklung und Folgen
- Muster kulturbedingter Störungen, welche westlichen diagnostischen Kriterien nicht entsprechen

Hinsichtlich eines Fragebogens für Traumafolgestörungen bei Asylbewerber*innen scheint hier vor allem wichtig, dass durch ihn gruppenspezifisch bedeutsame Symptome einer Traumafolgestörung erfasst und die für die zu screenende Gruppe spezifische Form des Ausdrucks von Leiden angesprochen werden.

Auch wenn in einem Review zur interkulturellen Validität der „klassischen“ Traumafolgestörung PTSD diese bestätigt wurde (Hinton & Lewis-Fernández, 2011), so gibt es doch diverse Studien, die unterschiedliche Schwerpunkte in der Symptomausprägung bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen aufzeigen. In einer

epidemiologischen Studie mit Opfern von Massengewalt aus Algerien, Gaza, Kambodscha und Äthiopien zeigten sich beispielsweise Vermeidungs- und Betäubungssymptome für Studienteilnehmer*innen aus Algerien und Gaza weniger diagnoseweisend für eine partielle PTSD, während Übererregbarkeitssymptome in der kambodschanischen und eritreischen Kohorte eher unterrepräsentiert waren (De Jong et al., 2001). Dass am DSM orientierte diagnostische Kriterien möglicherweise eine Untererfassung psychischer Belastung in bestimmten Gruppen bewirken könnten, zeigt eine Studie zu PTSD bei *Ju/'houansi*, einer in der Kalahri lebenden Volksgemeinschaft (McCall & Resick, 2003). Hier konnte aufgrund einer geringen Ausprägung von Vermeidungs- und psychischen Betäubungssymptomen nur in 35% der Fälle eine PTSD nach DSM-IV-Kriterien diagnostiziert werden (ebd.). In direkter Gegenüberstellung von hispanischen und nicht hispanischen *weißen*²¹ Polizist*innen zeigte eine Studie von Pole et al. (2005) auf, dass hispanische PTSD-Erkrankte signifikant höhere Raten an Vermeidungs- und Betäubungssymptomen hatten als ihre *weißen* Kolleg*innen.

Neben der Tendenz in der Traumaforschung, mit dem westlich geprägten PTBS-Konstrukt einen zu großen Schwerpunkt auf Symptome zu legen, welche transkulturell nicht denselben Stellenwert haben, wie z. B. Vermeidung und Amnesie, gibt es auch die Tendenz, Symptomen, die in vielen kulturellen Gruppen als Ausdruck von Traumafolgestörungen verbreitet sind, zu wenig Beachtung zu schenken bzw. diese gänzlich auszuklammern (Hinton & Lewis-Fernández, 2011). Somatische Beschwerden scheinen in unterschiedlichen kulturellen Kontexten ein wichtiger Teil einer Traumareaktion zu sein. So beschrieben beispielsweise Somalis „air in the brain“ (Luft im Gehirn) und Oromos „burning from inside“ (von innen heraus brennen) als psychische Reaktion auf Trauma (Shannon et al., 2015). *Ihahamuka*, wörtlich übersetzt „Lunge ohne Atem“, ist ein weit verbreitetes Phänomen bei ruandischen Völkermordüberlebenden (Hagengimana et al., 2003).

Auch Depression und Angststörungen, die mittlerweile im wissenschaftlichen Kanon als mögliche Traumafolgestörungen anerkannt sind (deRoon-Cassini et al., 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; Norris et al., 2002), scheinen je nach kulturellem Kontext variable Symptomausprägungen zu haben. So zeigte eine von der WHO in Kanada, Indien, Iran, Japan und der Schweiz durchgeführte Studie, dass

21 Die kursive Schriftweise soll den Begriff als politischen Begriff hervorheben und somit sichtbar von der Farbe „weiß“ abgrenzen (vgl. Musebeni, 2019).

beispielsweise 68% der schweizerischen Depressionspatient*innen über Schuldgefühle berichteten, während dies im Iran nur 32% taten (Sartorius et al., 1983). In letzterer Gruppe gaben 57% Zeichen einer Somatisierung an, was in großer Diskrepanz zu den kanadischen Teilnehmer*innen stand, bei denen dies nur in 27% der Fall war (ebd.).

Auch Stompe et al. (2001) konnten in der Gegenüberstellung zweier unterschiedlicher kultureller Gruppen mit Depression, namentlich einer pakistanischen und einer österreichischen, deutliche Unterschiede der Symptomausprägung erfassen. Während depressive Patient*innen aus Wien eine höhere Prävalenz von Schuldgefühlen, Suizidgedanken, Problemen mit Arbeit und genereller Aktivität sowie Schlafstörungen berichteten, zeigten Patient*innen aus Lahore vermehrt somatische Beschwerden, Hypochondrie, Depersonalisation, paranoide sowie obsessive Symptome (ebd.).

Was Angststörungen betrifft, so wird ebenfalls in der Literatur diskutiert, ob der primäre Fokus auf Angst und Sorge als Schlüsselfaktoren für eine adäquate Diagnose transkulturell gerechtfertigt ist und ob nicht das Ausklammern somatischer Erscheinungsformen von Angst eine Gefahr der Unterdiagnostizierung in manchen Gruppen mit sich bringt (Guarnaccia & Kirmayer, 1997).

Neben den Unterschieden der Symptomausprägung erscheint es auch wichtig, dass ein Fragebogen auf Traumafolgestörungen die gruppenspezifischen *idioms of distress* – die kulturell geprägten Formen, wie über Leid gesprochen wird – erfasst (Kirmayer, 2001). Ein Beispiel für ein *westliches idiom of distress* sind Kreuzschmerzen, welche in den USA mit kulturellen Assoziationen der Überarbeitung („back breaking labour“, ein Knochenjob), von Stress oder sogar moralischem Versagen („spinelessness“, Rückratlosigkeit) verwoben sind. Es ist möglich, dass in bestimmten kulturellen Kontexten *idioms of distress* ein viel sensitiverer Indikator für Traumatisierung als PTSD sind (Hinton & Lewis-Fernández, 2010). Auch könnten sie den Grad der Abweichung des sozialen Funktionsniveaus in manchen Fällen besser erklären als eine PTSD. So zeigte sich *ataque de nervios* – ein bei puertoricanischen und dominikanischen Patient*innen vorkommender Komplex an psychischen Symptomen, der sich auszeichnet durch ein Gefühl von bevorstehendem Kontrollverlust, Brustenge, ein Hitzeempfinden im Körper, Palpitationen, Zittern von Armen und Beinen und die Befürchtung, kurz vor einer Ohnmacht zu stehen – als unabhängig von PTSD,

Angststörungen oder Traumaexposition assoziiert mit psychischer Behinderung (Hinton & Lewis-Fernández, 2010; Hofmann & Hinton, 2014; Lewis-Fernández et al., 2009).

Insgesamt muss das gemessene Konstrukt bedeutsam sein für die untersuchte Population – so konnte beispielsweise eine in Afghanistan durchgeführte Studie zwar eine Konstruktvalidität der PTSD für die Studienpopulation erfassen, jedoch zeigte sich traumatischer Stress marginal höher und generelles Leiden gar signifikant höher korreliert mit Depression (Miller et al., 2009).

Ein weiterer Fallstrick, der in der transkulturellen psychiatrischen Forschung berücksichtigt werden muss, wird unter dem von Kleinman (1987) geprägten Begriff *category fallacy* (kategorischer Irrtum) subsumiert. Der Irrtum, der hiermit bezeichnet wird, ist die Annahme, dass eine diagnostische Kategorie, welche in einem bestimmten kulturellen Kontext entwickelt wurde, in einem anderen kulturellen Kontext dieselbe Bedeutung besitzt, nur weil die Symptome, die diese ausmachen, auch dort gefunden wurden (Miller et al., 2006). Ein Beispiel dafür ist das Konzept der Dysthymie, welches im wohlhabenden Westen Kohärenz besitzt, während die Symptome, die ihm zugeschrieben werden, in anderen Kontexten auf soziale Probleme verweisen (Kleinman, 1987). So können Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit Indikatoren schwerer ökonomischer, politischer und gesundheitlicher Einschränkungen sein, Demoralisierung und Verzweiflung Reaktionen auf eine Realität von chronischem Mangel und anhaltenden Verlusten und das Gefühl von Machtlosigkeit keine kognitive Verzerrung, sondern eine realistische Einschätzung der eigenen Position in einem unterdrückenden Sozialsystem (ebd.).

Vor dem Hintergrund der hier skizzierten Herausforderungen an einen Screening-Fragebogen auf Traumafolgestörungen für die kulturell diverse Gruppe von Asylbewerber*innen plädiert Renner (2006), der in einer Studie mit Asylsuchenden aus Tschetschenien, Afghanistan und Westafrika die Validität unterschiedlicher Screening-Fragebögen zu Traumatisierung²² überprüfte, gar dafür, für unterschiedliche Kulturen unterschiedliche Fragebögen zu verwenden, bzw. bei interkulturell verwertbaren Fragebögen unterschiedliche Cut-off-Werte zu verwenden.

Sollte ein Fragebogen in unterschiedlichen Kontexten angewandt werden, sind im Transfer neben der konzeptionellen und normativen Äquivalenz – d. h. die

22 Clinician Administered PTSD-Scale (CAPS-1), Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25), Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), Impact of Event Scale (IES-R) und Bradford Somatic Inventory (BSI)

Beantwortung der Frage, ob ein Begriff bzw. ein Konzept für unterschiedliche Gruppen dieselbe Bedeutung hat und ob die Testnormen für die untersuchte Gruppe repräsentativ sind – auch die linguistische Äquivalenz und Skalenäquivalenz von Bedeutung (Marsella et al., 2000; Renner, 2006; Stingl, 2014).

Die linguistische Äquivalenz betrifft die adäquate sprachliche Übersetzung. Diese wird beispielsweise durch das Procedere der Rückübersetzung ermöglicht, bei der ein Text übersetzt und diese Übersetzung von einer anderen Person zurückübersetzt wird, um schließlich die Rückübersetzung mit dem ursprünglichen Text zu vergleichen (Marsella et al., 2000). Die Skalenäquivalenz betrifft die Übertragbarkeit von Antwortformaten von einer in eine andere Kultur. So waren beispielsweise dichotome Skalen im Sinne von „wahr/falsch“-Aussagen in einer von Marsella et al. (2000) zu Persönlichkeitszügen untersuchten Population für Filipinos schwer zu beantworten, da hier weniger übergeordnete Prinzipien als situationsbezogene Faktoren das eigene Verhalten bestimmen.

2.4.4. Äußere Gestaltung, Transparenz und Vermeidung von Retraumatisierung

Äußere Gestaltung und Transparenz sind weitere Nebenkriterien, die nicht nur aufgrund der Heterogenität kultureller Prägung von Asylsuchenden relevant sind, sondern auch hinsichtlich des ebenso diversen Bildungsgrads.

Die äußere Gestaltung bezieht sich darauf, dass der Test für die untersuchte Gruppe optisch und sprachlich ansprechend sein sollte (Rey, 2021; Stingl et al., 2017). Transparenz bezieht sich auf die Notwendigkeit, dass die Instruktion zur Testdurchführung für die Testperson verständlich ist (ebd.).

Neben den Ansprüchen, die durch die Diversität der Population an den Screeningtest gestellt werden, gibt es noch einen wichtigen Faktor betreffend des gesuchten Konstruktes der Traumafolgestörungen: Da Erinnerung an ein traumatisches Ereignis als Trigger wirken und somit eine Traumareaktion reaktualisieren könnte (Maercker, 2013), gilt es, Retraumatisierung durch Screeningverfahren zu vermeiden (Stingl & Hanewald, 2020). Dies kann einerseits durch begleitende Maßnahmen gewährleistet werden, andererseits – bezogen auf den Fragebogen – durch Vermeiden des konkreten Abfragens von traumatischen Ereignissen (Stingl, 2014; Stingl & Hanewald, 2020).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Screening-Fragebogen für Traumafolgestörungen bei Asylbewerber*innen in Deutschland neben dem für einen Screeningtest zentralen Kriterium der Ökonomie und den allgemeinen Testgütekriterien Objektivität und Reliabilität, spezifisch kulturelle Validität berücksichtigen und Retraumatisierung vermeiden muss.

2.4.5. Anwendbarkeitskriterien für einen Screeningtest

Während in den letzten beiden Abschnitten die grundsätzlichen Anforderungen an die Ausgestaltung eines Screening-Fragebogens allgemein und spezifisch für das in der hier vorgelegten Studie betrachtete Setting erörtert wurden, soll im Folgenden detailliert darauf eingegangen werden, mit welchen Kriterien die *Anwendbarkeit* eines Screening-Fragebogens bewertet werden kann.

Hierfür sollen folgende wichtige Nebengütekriterien (*Anwendbarkeitskriterien*) betrachtet werden (Moosbrugger & Kelava, 2020; Rey, 2021; Stingl et al., 2017):

- Ökonomie
- äußere Gestaltung
- Transparenz
- Nützlichkeit
- Zumutbarkeit
- Unverfälschbarkeit
- Akzeptanz
- Testfairness
- Standardisierung

Ökonomie: Wie oben schon aufgeführt, wird dieses Kriterium erfüllt, wenn, gemessen an zeitlicher und finanzieller Investition, der diagnostische Erkenntnisgewinn verhältnismäßig groß ist (Moosbrugger & Kelava, 2020).

Äußere Gestaltung: Auch auf diesen Punkt wurde vorab schon einmal eingegangen. Ihm wird ein Test gerecht, wenn er „sprachlich und optisch ansprechend gestaltet sowie auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten“ ist (Rey, 2021, Absatz 11).

Transparenz: Transparent ist ein Test, wie ebenfalls oben schon erwähnt, wenn die Instruktion zur Testdurchführung für die Testperson verständlich ist (Rey, 2021; Stingl et al., 2017).

Nützlichkeit: Die Nützlichkeit eines Tests misst sich daran, dass das gemessene Merkmal praktische Relevanz besitzt und dass die auf Grundlage des Ergebnisses getroffenen Entscheidungen mehr Nutzen als Schaden hervorbringen (Moosbrugger & Kelava, 2020; Rey, 2021; Stingl et al., 2017).

Zumutbarkeit: Ein Test ist zumutbar, wenn die zeitliche, psychische und physische Belastung in Bezug auf den Nutzen nicht unverhältnismäßig groß ist (Moosbrugger & Kelava, 2020; Rey, 2021).

Unverfälschbarkeit: Dieses Gütekriterium wird erfüllt, wenn die zu testende Person die Ausprägung ihrer Testwerte nicht gezielt steuern oder verändern kann. Willentlichen Einfluss auf das Ergebnis kann bei Tests leicht ausgeübt werden, in denen das Messprinzip unschwer zu erkennen ist und somit gemäß der sozialen Erwünschtheit geantwortet werden kann (Moosbrugger & Kelava, 2020). Psychometrische Tests, die auf Selbsteinschätzung basieren, sind besonders anfällig hierfür, und somit müssen positive Testergebnisse hier mit einer eingehenden Diagnostik verifiziert werden (Stingl et al., 2017).

Akzeptanz: Akzeptanz wird häufig auch als Augenscheinvalidität bezeichnet (Moosbrugger & Kelava, 2020). Sie bezieht sich darauf, inwiefern ein Test von Laien als angemessen und brauchbar bewertet wird, ein vorgegebenes Konstrukt zu messen (Rey, 2021).

Testfairness: Ein Test ist fair, wenn er keine systematische Benachteiligung nach soziokultureller, ethnischer oder geschlechtsspezifischer Zugehörigkeit vornimmt (Rey, 2021).

Standardisierung: Dies bedeutet, dass die Durchführungsbedingungen festgelegt sind, sodass das Testergebnis lediglich von der Ausprägung des getesteten Merkmals bei der Testperson abhängt, nicht aber von anderen äußeren Faktoren. Eine wichtige Rolle spielen hierbei die Konstanz des Testmaterials, die Festlegung der Instruktion sowie die Angabe von etwaigen Zeitbegrenzungen – alles möglichst in schriftlicher Form (Moosbrugger & Kelava, 2020).

2.4.6. Aktuelle Screening-Fragebögen für psychische Belastung bei Geflüchteten

In einer Veröffentlichung der *Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer* (BafF) (vom Felde et al., 2020) zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen wurden – teilweise mit, teilweise ohne Einsatzort – folgende Fragebögen aufgeführt:

RHS-15 (Refugee Health Screener-15): Dieser Selbstauskunfts-Fragebogen wurde für die hier vorgestellte Studie verwendet, daher findet sich eine detaillierte Beschreibung unter dem Punkt „Messinstrument“. Er wurde ursprünglich entwickelt, um valide, effizient und effektiv auf häufige psychische Störungen (Angst, Depression und PTSD) bei Geflüchteten im Rahmen der medizinischen Untersuchung während ihres *resettlement*-Prozesses in den USA zu screenen (Hollifield et al., 2013). Er besteht aus 13 *symptom items* und einem *coping item*, welche auf einer 4-Punkt-Likert-Skala zu bewerten sind sowie einem *Distress Thermometer*, auf dem der Distress von 0 bis 10 (kein bis extremer Distress) skaliert ist. Die Beantwortungsmöglichkeiten sind bei den *symptom items* durch zunehmend mit Körnern gefüllte Gläser illustriert (Farmer, 2011). Für die Bearbeitungszeit werden für Selbstanwender*innen 5 Minuten, für durch geschultes Personal Interviewte 15 Minuten berechnet (ebd.). Validiert wurde der Fragebogen in burmesischen, bhutanesischen und irakischen Populationen von Geflüchteten (Hollifield et al., 2013; Johnson-Agbakwu et al., 2014). Traumatische Ereignisse werden nicht explizit abgefragt.

PROTECT (Process of Recognition and Orientation of Torture victims in European Countries to facilitate Care and Treatment): Dieser Fragebogen besteht aus 10 Fragen zu

Symptomen von psychischem Distress inklusive traumaassoziierter Symptome mit dichotomem Antwortschema. Die Durchführung als Selbstauskunftsbogen ist nicht möglich, geschultes Personal wird benötigt. Der Fragebogen ist in viele Sprachen übersetzt²³, es gibt jedoch keine Angabe darüber, ob linguistische Äquivalenz z. B. durch Rückübersetzung berücksichtigt wurde (Dimitrova et al., 2011).

Der PROTECT-Fragebogen wurde als valides und reliables Instrument zum Detektieren von Symptomen von Depression und PTSD bei Asylbewerber*innen in Hessen aus Iran, Afghanistan, Syrien, Somalia und Eritrea befunden (Mewes et al., 2018). Traumatische Ereignisse werden nicht explizit erfragt. In Deutschland genutzt wird er in NRW, Niedersachsen und Sachsen (vom Felde et al., 2020).

Das ETI (Essener Trauma-Inventar) wurde speziell zur Diagnostik von PTSD und akuter Belastungsstörung entwickelt (Tagay & Senf, 2021). Es existieren zwei Kurzversionen: die ETI-Traumaliste (ETI-TL) mit 18 Items und die ETI-Traumasympomatik (ETI-TS) mit 23 Items, deren Ausfüllzeit jeweils etwa 5 Minuten beträgt und die sowohl in der Gruppe als auch im Einzelsetting durchgeführt werden können (ebd.). ETI-TL erfasst lediglich, ob die getestete Person ein Trauma erlebt hat, ETI-TS geht auf Symptome (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal und Dissoziation) ein (ebd.). Das ETI ist validiert u. a. für Russlanddeutsche, iranische Migrant*innen und kurdische/türkische Migrant*innen (ebd.). Die Langform des ETI existiert in diversen Sprachen²⁴ (ebd.). Es wird in NRW angewandt, und es wird empfohlen, dies durch medizinisches oder psychologisches Fachpersonal erfolgen zu lassen (vom Felde et al., 2020).

Der HTQ-5 (Harvard Trauma Questionnaire) ist das weltweit am meisten eingesetzte Screening-Tool für Symptome von Trauma bei Geflüchteten und wurde ursprünglich auch als transkulturelles Screening-Instrument entwickelt (Berthold et al., 2019). Die aktuelle Version orientiert sich am DSM-V (ebd.). Besonderes Augenmerk wurde gelegt auf Verständlichkeit für Menschen mit geringem Alphabetisierungsgrad und solche, die wenig bzw. keinen Bezug zu westlichen Konzepten von Trauma oder traumatischem

23 Englisch, Französisch, Bulgarisch, Holländisch, Ungarisch, Spanisch, Albanisch, Arabisch, Oromo, Farsi, Polnisch, Russisch, Serbokroatisch/Bosnisch, Somali

24 Arabisch, Chinesisch, Englisch, Französisch, Italienisch, Kurdisch, Niederländisch, Persisch, Polnisch, Russisch, Serbokroatisch, Spanisch, Türkisch und Weißrussisch

Stress haben (ebd.). Der HTQ besteht aus vier Teilen: Im ersten Teil werden konkret häufige traumatische Ereignisse, die Geflüchtete betreffen, abgefragt, im zweiten Teil die subjektive Beschreibung der traumatischsten Erfahrung/-en, im dritten Teil werden Kopfverletzungen abgefragt und im vierten schließlich PTSD-Symptome (ebd.). Das untersuchungsgruppenspezifische Funktionsniveau wird in der aktuellen Version des HTQ-5 nicht evaluiert, jedoch wurde von der Revisionsgruppe des HTQ „SPIESS“ („Skills, Physical, Intellectual, Emotional, Social, and Spiritual/Existential“) entwickelt, ein Fragebogen, der den HTQ zur Einschätzung des Funktionsniveaus ergänzen soll (ebd.). Kritikpunkte am HTQ sind, dass er sehr zeitaufwändig ist und explizit nach traumatischen Erfahrungen fragt (Böttcher et al., 2020). Auch ist psychologisches oder medizinisches Fachpersonal zur Auswertung erforderlich (ebd.). Wird nur Teil IV (25 Fragen zur Traumasymptomatik) benutzt, beläuft sich die Ausfüllzeit auf lediglich 10 Minuten (ebd.). Aktuell wird der HTQ in Berlin verwendet (vom Felde et al., 2020). Es konnte u. a. eine gute Validität für tschetschenische (Renner et al., 2006) sowie laotische, kambodschanische und vietnamesische Asylbewerber*innen (Mollica et al., 1992) ermittelt werden.

IES-R (Impact of Events-Scale Revised): ist ein Selbstauskunftsbogen, der PTSD-Symptome (Hyperarousal, Vermeidung, Intrusion) in Bezug auf ein explizites Ereignis abfragt (vom Felde et al., 2020). In 22 Fragen soll die Intensität der Symptome auf einer 4-Punkt-Likert-Skala bewertet werden (Weiss, 2007). Die Ausfüllzeit beträgt 7–15 Minuten (Rosner & Hagl, 2008).

Es existieren einige offizielle internationale Versionen²⁵ sowie ein paar informelle (Weiss, 2007). Eine gute interne Konsistenz wurde z. B. für die chinesische, deutsche, französische und japanische Version ermittelt (ebd.). In Deutschland wird dieser Fragebogen in Bochum genutzt (vom Felde et al., 2020). Für den IES-R konnte eine gute Validität bei afghanischen und westafrikanischen Asylbewerber*innen festgestellt werden (Renner et al., 2006).

Der PHQ (Patient Health Questionnaire) umfasst Angststörungen, Depressionen, Somatisierungsstörungen, Alkoholmissbrauch und Essstörungen in 11 Frageblöcken

25 Chinesisch, Französisch, Deutsch, Japanisch, Spanisch sowie einige unveröffentlichte andere Sprachversionen

(Kroenke et al., 2010; Patient Health Questionnaire [PHQ] Screeners, 2021). Es gibt diverse Kurzversionen für einzelne Störungsbilder: z. B. GAD-7 für Generalisierte Angststörung, PHQ-9 für Depressionen und PHQ-15 für Somatisierungsstörungen (Kroenke et al., 2010). Die Bearbeitungsdauer der Langversion beträgt etwa 15 Minuten, bei der Kurzversion werden etwa 5 Minuten berechnet (Löwe et al., 2002). Der gesamte PHQ wurde in mehr als 20 Sprachen übersetzt; vom PHQ-9 beispielsweise gibt es über 90 Sprachversionen (Patient Health Questionnaire [PHQ] Screeners, 2021). Validierungsstudien wurden u. a. in den USA, Deutschland, Spanien, Nigeria, Indien, Thailand und Korea durchgeführt (Albers, 2012). Kürzlich wurden auch der PHQ-8 für Depressionen und dessen Ultrakurzversion PHQ-2 für syrische Geflüchtete in Griechenland validiert (Poole et al., 2019). Ein Anwendungsort in Deutschland wird von der Veröffentlichung der BAfF (s. o.) nicht erwähnt (vom Felde et al., 2020).

EASO (European Asylum Support Office): Dieser Fragebogen erfasst psychische und körperliche Symptome, Geschlechtsidentität und Personenstand (vom Felde et al., 2020). Unterstützungsmöglichkeiten werden direkt verzeichnet (ebd.). EASO ist sehr zeitaufwändig und hat als Zielgruppe Sozialarbeiter*innen, die auf Versionen in mehreren europäischen Sprachen zurückgreifen können (ebd.).

Der QASN (Questionnaire for the Assessment of the Special Needs of Survivors of Torture and Serious Violence) sieht nach Bedürfnissen, statt nach Symptomen, ist aufwändig und benötigt eine Fachkraft (vom Felde et al., 2020). Der Fragebogen ist nicht konzipiert zur Identifizierung von Folterüberlebenden, sondern zur Erhebung ihrer besonderen Bedarfe (aufnahmebezogen, gesundheitsbezogen, verfahrensbezogen und sozial) (ebd.). Hierbei gibt er direkte Handlungsempfehlungen (ebd.).

Der LIVE (Leitfaden zur Identifizierung von erhöhtem Vermittlungsbedarf) umfasst 10 Fragen zu depressiven Symptomen, Gefährdung, Substanzkonsum und Versorgung (vom Felde et al., 2020). Die Anwendung ist durch eine geschulte Fachkraft vorgesehen, und es wird zwischen „kein erhöhter“, „erhöhter“ und „hoher Vermittlungsbedarf“ unterschieden (ebd.). LIVE ergänzt in Düsseldorf den PROTECT-Fragebogen (ebd.). Es existieren keine Angaben zu interkultureller Validität, auch gibt es keine Orientierung an

diagnostischer Einstufung (ebd.). Außer in der Veröffentlichung der BAF (vom Felde et al., 2020) zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen ist hierfür keine öffentlich zugängliche Erwähnung verfügbar.

Eine Veröffentlichung vom „Zentrum Überleben“ in Berlin betreffs testpsychologischer Instrumente zur Beurteilung psychischer Gesundheit bei Geflüchteten und Asylsuchenden hob zudem den Kessler 10 und den WHO-5 als geeignete Screeninginstrumente zur Früherkennung psychischer Beeinträchtigung Geflüchteter und Asylsuchender hervor (Böttcher et al., 2020):

Kessler 10: Dieser Fragebogen wurde entwickelt, um auf unspezifischen psychischen Distress und psychische Erkrankung in Englisch sprechenden Populationen zu screenen, wobei traumatische Ereignisse nicht explizit abgefragt werden (Kessler et al., 2002). Er kann als Selbstauskunftsbogen in 2–3 Minuten ausgefüllt werden und besteht aus 10 Fragen, basierend auf einer 5-Punkt-Likert-Skala (ebd.). Es gibt nur begrenzte Evidenz, dass der originale Fragebogen für kulturell diverse Gruppen valide ist; ebenso ist die kulturelle Äquivalenz von übersetzten oder angepassten Versionen nicht eindeutig (Stolk et al., 2014). Es können online über 40 Sprachversionen heruntergeladen werden (Western Sydney Local Health District, 2021).

Der WHO-5 (5-item World Health Organization Well-Being Index) misst subjektives Wohlbefinden und ist ein sensitives und spezifisches Screening-Tool für Depression (Topp et al., 2015). Der Selbstauskunftsbogen besteht aus 5 positiv formulierten Items, die durch eine 5-Punkt-Likert Skala zu bewerten sind (ebd.). Die Ausfüllzeit umfasst etwa 1 Minute (Sischka u. a., 2020). Der Fragebogen existiert in etwa 30 Sprachen (Topp et al., 2015), und seine Reliabilität wurde für Studien in 35 Ländern bestätigt (Sischka et al., 2020). Obwohl er häufig in Flüchtlingspopulationen eingesetzt wird (Malm et al., 2020), gibt es aktuell keine Validierungsstudie zu dieser Population. Er ist online kostenlos verfügbar (Hollifield et al., 2013).

In einer Rahmenuntersuchung zu Selbstauskunftsfragebögen zum Gesundheitsstatus bei erwachsenen Geflüchteten von Dowling et al. (2017) wurden neben dem RHS-15 auch die Hopkins Symptom Checklist-25 sowie das HTQ und der Comprehensive Trauma Inventory-104 für Trauma/PTSD als optimales Tool zur Erfassung von häufigen psychischen Störungen hervorgehoben. Voraussetzung für diese Empfehlung war in diesem Fall die Testung von Reliabilität und Validität bei Geflüchteten (ebd.). Im Folgenden sollen auch diese drei Fragebögen vorgestellt werden.

Die HSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist-25) ist ein Fragebogen zur Erfassung von Depression und Angst (Stieglitz, 2018), der durch medizinisches Personal unter Supervision (einer/s Psychiaterin/Psychiaters bzw. Ärztin/Arztes) oder durch eine psychiatrische Pflegekraft durchgeführt werden sollte (Harvard Program in Refugee Trauma, 2021). Er besteht aus 25 Fragen, 10 bezogen auf den Angstbereich und 15 auf den Depressionsbereich, die nach Schweregrad auf einer 4-Punkt-Likert-Skala eingeschätzt werden sollen (Stieglitz, 2018). Das Ausfüllen dauert etwa 5–10 Minuten (Böttcher et al., 2020). Die Studienlage zur interkulturellen Validität ist heterogen: So konnte diese für russische, somalische und kurdische Migrant*innen in Finnland nicht ermittelt werden (Kuittinen et al., 2017). Auch eine Studie zu Asylbewerber*innen und Geflüchteten in Norwegen konnte für MENA- (Middle Eastern North African) und somalische Teilnehmer*innen keine zufriedenstellende Validität feststellen (Jakobsen et al., 2011). Der Fragebogen ist jedoch validiert für nepalesische Binnenvertriebene (Thapa & Hauff, 2005) und kambodschanische, laotische und vietnamesische Geflüchtete in den USA (Mollica et al., 1987). Auch gibt es eine validierte tibetische Version (Lhewa et al., 2007).

Die HSCL-25 ist reliabel und valide für HIV-erkrankte Menschen in Uganda (Ashaba et al., 2018), ebenso wie für Arabisch, Farsi, Serbokroatisch und Russisch sprechende Patient*innen in einer auf die Behandlung von traumatisierten Geflüchteten und Asylbewerber*innen spezialisierten Klinik in den Niederlanden (Kleijn et al., 2001).

Das Comprehensive Trauma Inventory-104 fragt 104 mögliche traumatische Ereignisse ab (Dowling et al., 2017; Hollifield et al., 2006). In der Entwicklung wurde das Wissen

von Expert*innen- und Teilnehmer*innen genutzt, um den Kenntnisstand bezüglich kriegsbezogener Erfahrungen zu erweitern (Hollifield et al., 2006).

Der Prototyp wurde an kurdischen und vietnamesischen Teilnehmer*innen zusammen mit anderen Instrumenten, die Symptome, Einschränkungen und soziale Unterstützung erfassten, angewandt (ebd.). Die Anwendung, die für nicht-klinische Geflüchteten-Kohorten konzipiert ist, dauert etwa 60 Minuten (Dowling et al., 2017). Versionen existieren in Kurdisch, Vietnamesisch und Englisch (ebd.).

In einem Review zur Evaluation von Messinstrumenten für Trauma und Gesundheitsstatus bei Geflüchteten erfüllte neben der oben erwähnten HSCL-25 das BDI (Beck Depression Inventory) alle 5 Evaluationskriterien: Beschreibung von Anwendungsgebiet, Konstruktdefinition, Design und Entwicklung sowie Testung von Validität und Reliabilität bei Geflüchteten (Hollifield et al., 2002). Hollifield zitiert hier Westermeyer et al. (1983), die mit 94% Sensitivität und 78% Spezifität für den Fragebogen bei geflüchteten Hmong Validität nachweisen. In einer Studie von Gammouh et al. (2015) wurde die Reliabilität des BDI bei syrischen Geflüchteten in Jordanien bestätigt. Das BDI besteht aus 21 Items für Depression mit einer Likert-Skala von 0 bis 3 nach Intensität und dauert etwa 10-15 Minuten in der Anwendung, die in 16 Sprachen²⁶ möglich ist (Dowling et al., 2017; The Beck Depression Inventory (TBDI), 2005). Er wurde ursprünglich entwickelt, um Veränderungen von depressiver Symptomatik in klinischem Setting durch geschultes professionelles Personal im klinischen Kontext zu erfassen (Dowling et al., 2017).

2.5. Screening im Kontext des Asylverfahrens

2.5.1. Rechtliche Implikationen

Ein wichtiger Anstoß zum Erarbeiten der Möglichkeiten eines Screeningverfahrens auf Traumafolgestörungen für Asylsuchende war die EU-Aufnahmerichtlinie von 2013 (Richtlinie 2013/33/EU, 2013), nach der – laut Artikel 22, Absatz 1 – die Beurteilung, „ob der Antragsteller ein Antragsteller mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme ist [...] innerhalb einer angemessenen Frist nach Eingang eines Antrags auf

26 Arabisch, Kambodschanisch, Chinesisch, Niederländisch, Französisch, Deutsch, Italienisch, Japanisch, Koreanisch, Persisch, Polnisch, Portugiesisch, Serbo-Kroatisch, Spanisch, Türkisch und Xhosa

internationalen Schutz in die Wege geleitet [werden muss]“. Zum Personenkreis der Menschen, deren besondere Bedarfe berücksichtigt werden sollen, gehören entsprechend Artikel 21 u. a. „Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben“.

Zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit war die EU-Richtlinie entgegen der gesetzten Frist von Juli 2015 noch nicht explizit in deutsches Recht umgesetzt worden, sodass innerhalb Deutschlands eine heterogene Herangehensweise zur Identifikation der besonderen Schutzbedürftigkeit existiert (vom Felde et al., 2020).

Eine frühe Identifizierung hat bedeutsame Konsequenzen für den Verlauf des Asylverfahrens, auch weil der juristische Rahmen und die psychische Symptomatik miteinander in Wechselwirkung stehen.

Ein Kernstück des Asylverfahrens ist die Erstanhörung, in welcher Asylsuchende ihre Fluchtgründe darlegen sollen. Aufgrund meist fehlender physischer Beweise, Zeugenaussagen oder anderer herkömmlicher Indizien, die die Wahrhaftigkeit einer Aussage stützen können, werden aussagepsychologische Kriterien angewandt, welche ursprünglich ausschließlich für Strafverfahren entwickelt wurden (Gierlichs et al., 2005; Herlihy & Turner, 2006). Diese sind charakterisiert durch Detailreichtum, Individualität der Erzählung, Verflechtung mit objektiven Umständen, der konstanten Schilderung der Erlebnisse über die Zeit bzw. über mehrere Anhörungen hinweg, korrekte Angaben zu Raum, Ort und Zeit des traumatischen Erlebnisses (z. B. Folter), Details zur Dauer sowie Angaben zur Lebenssituation vor- und nachher (Kruse et al., 2013).

Ein Wissen um eine Traumatisierung der/des Asylbewerber*in erfordert es, die Glaubwürdigkeitskriterien hinsichtlich dieser anzupassen. Die Symptomatik der PTSD nämlich – gekennzeichnet durch die Fragmentierung des Gedächtnisses, Amnesien und Verbalisierungsstörungen (Flatten et al., 2011; Huber, 2012; Stingl, 2014) – steht den konventionellen Kriterien diametral entgegen. Typisch bei Traumatisierten sind Zeitgitterstörungen, d. h., sie sind krankheitsbedingt darin beeinträchtigt, das Erlebte in eine chronologische Reihenfolge zu bringen (Dressing & Meyer-Lindenberg, 2008). Auch untermauern Erinnerungslücken als typisches Symptom die Wahrscheinlichkeit für einen posttraumatischen Zustand eher, als diesen in Frage zu stellen (Hanewald & Stingl, 2020). Es bestehen als Folge der Traumatisierung vornehmlich

Erinnerungsinseln, da das Geschehene nicht in ein Narrativ mit Anfang, Mitte und Ende überführt werden kann (ebd.). Die inkonsistente Darstellung stellt bei Traumatisierten also einen gewichtigen Hinweis für die Glaubwürdigkeit dar (Gierlichs, 2013; Kruse et al., 2013; Stingl, 2014). Auch die Art und Weise des Berichtens vor dem Hintergrund posttraumatischen Vermeidungsverhaltens kann als Glaubhaftigkeitskriterium gelesen werden. Hier sprechen zögerliches oder vermeidendes spontanes Berichten sowie die Notwendigkeit gezielter Nachfragen für die Authentizität des Erzählten (Dressing & Meyer-Lindenberg, 2008).

Frühes Identifizieren einer Traumafolgestörung kann zudem Hinweise auf mögliche Erlebnisse geben, die oft nicht frei heraus erwähnt werden, da sie mit Angst und Scham verbunden sind. Eine Studie von Odenwald et al. (2006) bringt beispielsweise die Erlebnisse von Vergewaltigung und ermordeten oder verschwundenen Angehörigen damit in Verbindung, dass die eigene Verfolgungsgeschichte entweder wenig detailliert oder gar nicht erwähnt wurde. Die Kenntnis um mögliche Traumafolgestörungen bei den von ihnen Befragten kann für Gutachter*innen eine Anregung dazu sein, solche Erfahrungen explizit und mit adäquater Sensibilität zu erfragen. Zudem untermauert die Diagnose einer Traumafolgestörung die Plausibilität behaupteter politischer Verfolgung oder anderer traumatischer asylrelevanter Erfahrungen (Haenel, 2015; Wenk-Ansohn et al., 2013). Dank zeitnaher Kenntnis um eine Traumafolgestörung kann die Anhörung dahingehend angepasst werden, dass ein/-e Sonderbeauftragte*r des BAMF, der/die in Hinblick auf vulnerable Gruppen besonders geschult ist, diese durchführt und ggf. die/der Dolmetscher*in geschlechtssensibel gewählt wird (Bethke & Daub, 2020). Auch kann ein frühes Erkennen von Traumafolgestörung Hinweis darauf geben, dass die betreffende Person besonderer Unterstützung bei der Organisation bedarf, damit sie beispielsweise nicht aufgrund der generellen Schwierigkeit der Alltagsbewältigung durch die Erkrankung den Anhörungstermin beim BAMF verpasst und ihr Asylverfahren wegen „Nichtbetreibens“ (nach § 33 AsylG) eingestellt wird (Hanewald & Stingl, 2020). Es ermöglicht zudem, zeitnah eine ärztliche Bescheinigung für die Erkrankung zu bekommen, welche vom BAMF häufig binnen einer häufig unrealistisch kurzen Frist verlangt wird (Hanewald & Stingl, 2020). Weiteren besonderen Bedarfen, z. B. einer Unterbringung, welche besonders schutzbedürftigen Personen nach § 44,

Absatz 2a Asylgesetz zusteht, könnte ebenfalls schneller nachgekommen werden (Asylgesetz, 2019; vom Felde et al., 2020).

Durch den Gesetzentwurf zum Asylpaket II, welcher im März 2016 verabschiedet wurde, wird deutlich, dass eine erst nach der Erstanhörung vorgebrachte posttraumatische Symptomatik möglicherweise als illegitimer Versuch, einer Abschiebung zu entgehen, verstanden werden kann und wird. Hier wird explizit formuliert: „Nach den Erkenntnissen der Praktiker werden insbesondere schwer diagnostizier- und überprüfbare Erkrankungen psychischer Art (zum Beispiel Posttraumatische Belastungsstörungen) sehr häufig als Abschiebehindernis geltend gemacht, was in der Praxis zu deutlichen zeitlichen Verzögerungen bei der Abschiebung führt“ (Gesetzentwurf der Bundesregierung. Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren, 2016). In § 60a des modifizierten Aufenthaltsgesetzes wird primär davon ausgegangen, „dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen“ (Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet, 2005). Erkrankungen, für die keine „qualifizierte ärztliche Bescheinigung“ „unverzüglich“ herangebracht wird, können demnach nicht berücksichtigt werden (ebd.). Hieran lässt sich erkennen, dass eine frühe Diagnostik von Traumafolgestörungen auch deswegen wichtig ist, um der durch späteres Geltendmachen verursachten Skepsis der Behörden vorzubeugen und den Betroffenen gerecht zu werden.

Eine nachgewiesene Erkrankung ist nämlich zudem ein Faktor, der vorläufiges oder längerfristiges Aufenthaltsrecht begründen bzw. untermauern kann und somit rechtliche Relevanz hat (Bethke & Daub, 2020).

Während die Diagnose einer Traumafolgestörung in Bezug auf Flüchtlingsstatus und subsidiären Schutz die Authentizität der Fluchtgründe untermauert, kann sie im Falle einer Aufenthaltserlaubnis aufgrund eines Abschiebehindernisses nach § 60, Abs. 5 und Abs. 7 AufenthG diese an sich begründen (Bethke & Daub, 2020). Auch ist sie von Relevanz, wenn das Asylbegehren abgelehnt wurde und es gilt, eine Reiseunfähigkeit aufgrund von Erkrankung begründen zu können, was zu einer Aussetzung der Abschiebung (= Duldung) führen würde (Bethke & Daub, 2020). Bezüglich der Dublin III-Verordnung, nach der geprüft wird, welcher Staat für die Bearbeitung des Asylantrags zuständig ist, kann das Wissen um eine psychiatrische Diagnose einer

Rückführung in den Staat, der die Einreise in die Europäische Union möglich gemacht hat, entgegenstehen, wenn z. B. die Erkrankung in diesem Staat nicht adäquat behandelt werden kann oder Reiseunfähigkeit besteht (Bethke & Daub, 2020).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein frühes Screening auf Traumafolgestörungen neben dem formalen Erfüllen der EU-Richtlinie von hoher Relevanz für den sachgerechten Verlauf des Verfahrens ist.

2.5.2. Gesundheitliche Aspekte

Ein frühes Screening hat auch Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf von psychischen Erkrankungen. So kann es ein wichtiges Element sein, um einer Chronifizierung von Traumafolgestörungen sowie der hiermit verbundenen Suizidalität entgegenzuwirken und um das Retraumatisierungsrisiko – z. B. durch Anpassung des Asylverfahrens (s. o.) – zu verringern (Stingl, 2014).

Voraussetzung hierfür sind u. a. eine direkt anschließende Diagnostik zur Verifizierung des Screeningergebnisses sowie das Einleiten einer angemessenen Therapie (Bundespsychotherapeutenkammer, 2015). Die BAfF argumentiert, dass ein Screening für die medizinisch-therapeutische Versorgung nicht voraussetzend wäre für eine adäquate Behandlung von psychischer Erkrankung, gäbe es einen uneingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem für Asylbewerber*innen (vom Felde et al., 2020). Unter aktuellen Bedingungen könnte ein Screening jedoch, am richtigen Zeitpunkt des Asylverfahrens platziert, den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung bei Traumafolgestörungen verbessern.

Neben dem Ermöglichen einer frühen Diagnostik beinhaltet ein Screening auch einen psychoedukativen Aspekt, der Betroffene Symptome wie Schlafstörungen, anhaltende Angstzustände und funktionelle körperliche Beschwerden als mögliche Traumareaktionen einordnen lässt (Kruse et al., 2013). Frühes Erkennen einer Traumafolgestörung kann einer unnötigen Ausweitung des Verfahrens, welche durch die eingeschränkte Verfahrensbeteiligung bedingt ist, entgegenwirken, indem die Rahmenbedingungen – wie oben beschrieben – entsprechend angepasst werden (Brandmaier, 2013; Wenk-Ansohn et al., 2013). So kann eine Mitursache für die Chronifizierung und Verschlechterung der Erkrankung beseitigt werden (ebd.). Studien haben nachgewiesen, dass sich ein unsicherer Aufenthaltsstatus sowie ein langes

Asylverfahren negativ auf den Verlauf psychischer Morbidität und somit auch auf traumaassoziierte psychische Symptomatik auswirken (Laban et al., 2004; Momartin et al., 2006; Nickerson et al., 2011; Steel, 2006; Steel et al., 2007, 2011), wohingegen der Übergang von einem unsicheren Aufenthaltsstatus zu einem sicheren mit einer Verbesserung der Symptome einhergeht (Nickerson et al., 2011). Fehlende äußere Sicherheit durch das aufenthaltsrechtliche Verfahren kann bis hin zu einer suizidalen Exazerbation der Traumasymptomatik führen (Hanewald et al., 2015). Diese Erkenntnisse decken sich mit der therapeutischen Expertise, die besagt, dass äußere Sicherheit essentiell ist, um eine Heilung bzw. Rehabilitation nach schwerem Trauma zu bewirken sowie einer (gegebenenfalls tödlichen) Verschlechterung vorzubeugen (Hanewald et al., 2015; Wenk-Ansohn & Gutteta, 2005).

Der Erhalt eines sicheren Aufenthaltstitels bedeutet für eine fluchtbedingt traumatisierte Person hingegen nicht nur die für eine Heilung notwendige äußere Sicherheit, sondern hat – durch die Anerkennung des erlittenen Traumas – auch therapeutisches Potential (Brandmaier, 2013; Huber, 2012).

Gegenüber den Vorteilen, die ein frühes Erkennen und Berücksichtigen psychischer Erkrankung auf gesundheitlicher Ebene mit sich bringt, existieren auch Nachteile: Ein Nachteil eines Screenings im Rahmen des Asylverfahrens könnte zum einen eine eventuelle Retraumatisierung durch das Erfragen von psychischen Traumata sein, dem durch einen Fragebogen, der dies bewusst ausklammert und vornehmlich nach der Symptomatik fragt, vorgebeugt werden kann (Stingl und Hanewald 2020; Stingl 2014). Weitere Gefahren bestehen bezüglich einer möglichen Stigmatisierung durch eine psychiatrische Diagnose und die nicht hundertprozentige Erfassung aller Betroffenen (falsch negative Ergebnisse), die einen gewissen Prozentsatz weiterhin von adäquater Versorgung ausschließen würde (Stingl, 2014). Betrachtet man die schlechte medizinische Versorgungslage für Asylsuchende, die durch erschwerten Zugang zu und einen Mangel an psychotherapeutischen und psychosozialen Einrichtungen für Betroffene geprägt ist (Frank et al., 2017), so besteht auch bei richtig erfassten Verdachtsfällen die Gefahr, dass ihnen die notwendige Therapie versagt wird.

3. Methodik

3.1. Design der Studie

Die vorgestellte Pilotstudie wurde als explorative Kohortenstudie angelegt.

3.2. Stichproben: Ein- und Ausschlusskriterien

Zielpopulation waren Asylbewerber*innen, welche im Zeitraum 27.05.2015 bis 19.06.2015 in der Hessischen Erstaufnahmeeinrichtung (HEAE) Gießen, Rödgener Straße, wohnten sowie jene, die im Zeitraum 10.07.2015 bis 14.08.2015 in den Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete (GUs) im Landkreis Gießen untergebracht waren. Die GUs befanden sich in Bibertal-Rodheim, Gießen, Harbach, Laubach, Lindenstruth, Lollar, Odenhausen, Staufenberg-Treis und Wißmar.

Diese erfüllten folgende Einschlusskriterien:

- Alter \geq 14 Jahre
- Vorliegen der Einverständniserklärung

Ausschlusskriterien für eine Teilnahme an der Studie waren:

- schwere psychische Störung (z. B. Intelligenzminderung, Demenz, Psychose, akute Intoxikation)
- unzureichende Bewusstseinslage
- erhebliche Probleme von Sprache und Kommunikation
- Muttersprache, in der zum Zeitpunkt der Studie keine Übersetzung des RHS-15 verfügbar war

Durch die Leitung der HEAE wurden schriftliche Einladungen an neu angekommene Asylsuchende ausgehändigt. Sie wurden in die Sprachen Amharisch, Arabisch, Farsi, Französisch, Russisch, Somali und Tigrinya durch Muttersprachler*innen übersetzt, womit Muttersprachen der Bewohner*innen der HEAE abgebildet wurden, in denen auch Versionen des RHS-15 zum Erfassungszeitpunkt vorhanden waren. Um sie von

anderen ausgehändigten Papieren abzuheben, wurden die Einladungen auf grünes Papier gedruckt. Eine Verteilung von 200 Stück fand 1 Woche vor Studienstart statt; während der Studie wurden weitere 110 Einladungen ausgehändig. Da diese Form der Rekrutierung sich nicht erfolgreich zeigte (es erfolgte keine Teilnahme aufgrund dieser Einladung), wurde die Rekrutierungsform angepasst, wobei potentielle Teilnehmer*innen direkt vor der HEAE angesprochen und bei mündlich bekundetem Interesse an der Studienteilnahme zum Erhebungsort, welcher sich in fußläufiger Nähe befand, gebracht wurden. Auch nahmen schließlich Proband*innen aufgrund von Mund-zu-Mund-Propaganda durch ehemalige Teilnehmer*innen teil.

Die beschriebene Form der Rekrutierung, bedingt durch die Verweigerung des direkten Zugangs der Forschungsgruppe zur HEAE durch die Einrichtungsleitung, hatte möglicherweise eine Stichprobenverzerrung zur Folge, da durch sie nur Bewohner*innen der HEAE teilnahmen, die diese verließen bzw. verlassen konnten.

Die Rekrutierung der Befragten der GUs erfolgte über den Leiter des Team Asyl des Landkreises Gießen. Dieser informierte die Sozialarbeiter*innen, welche für die jeweilige GU zuständig waren, über das Vorhaben, Befragungen in den Einrichtungen durchzuführen. Es wurden dann mit ihnen Termine vereinbart, an denen sie die Forschungsgruppe vor Ort vorstellten. Häufig war mehr als ein Termin notwendig, um möglichst viele Bewohner*innen befragen zu können, da Bewohner*innen beim ersten Termin teilweise nicht vor Ort waren oder die Anzahl der zu Befragenden zu groß war für den zeitlichen Rahmen des jeweiligen Termins. Besuche nach dem ersten Termin konnten unabhängig von den Sozialarbeiter*innen durchgeführt werden.

3.3. Messinstrument

Der Refugee Health Screener-15 (RHS-15) wurde empirisch entwickelt, um valide, effizient und effektiv häufige psychische Störungen bei Geflüchteten im Rahmen der medizinischen Untersuchung während ihres *resettlement*-Prozesses in den USA zu screenen (Hollifield et al., 2013). *Resettlement* bedeutet für die betroffenen Geflüchteten Aufnahme in einen Drittstaat – nach Herkunftsland und erstem Asylland – mit der Garantie eines permanenten Aufenthaltstitels (United Nations High Commissioner for Refugees, 2013). Grundlage für den RHS-15 war die *New Mexico Refugee Health Symptom Checklist-121* (NMRSC-121), welche ein valider Prädiktor für PTSD,

Angststörungen und Depressionen bei kurdischen und vietnamesischen Geflüchteten aus Kriegsgebieten ist (Hollifield et al., 2009). Von dieser wurden 27 Items gewählt, die die höchste Korrelation mit den gewählten *diagnostic proxy instruments*²⁷ (DP), dem *Posttraumatic Symptom Scale-Self Report* (PSS-SR) und der *Hopkins Symptom Checklist-25* (HSCL-25) besaßen, um einen Pilotfragebogen, den *Refugee Health Questionnaire* (RHQ), zu entwickeln. Der PSS-SR ist ein valider Prädiktor für PTSD in den Bevölkerungsgruppen der USA; die dichotome und die kontinuierliche Bewertungsform desselben korrelieren mit Kriegstrauma und kriegsbezogenen Beeinträchtigungen bei kurdischen und vietnamesischen Geflüchteten (Hollifield et al., 2006). Die HSCL-25 ist ein valider Indikator für Angststörungen und Depression für die US-amerikanische Allgemeinbevölkerung und bei Laotisch, Vietnamesisch und Kambodschanisch sprechenden Geflüchteten (Hollifield et al., 2002; Mollica et al., 1987). Der Cut-off-Score des RHQ wurde gewählt, um optimale Sensitivität und Spezifität bezüglich PSS-SR und HSCL-25 zu erwirken (Hollifield et al., 2013). Zudem wurden per Expertenkonsens weitere Items bezüglich persönlicher psychiatrischer Vorgeschichte, Reaktivität und Coping beschlossen und ein *Distress Thermometer* (DT) beigelegt, um den RHQ zu vervollständigen (ebd.). Dieser Fragebogen wurde an 251 Geflüchteten im Alter von ≥ 14 Jahren aus drei Ländern (Irak, Bhutan und Burma) mit vier Muttersprachen (Nepali, Karen, Burmesisch und Arabisch) getestet, während einer Gesundheitsuntersuchung im Rahmen des *resettlement* im Gesundheitsamt für Seattle und King County (*Public Health Seattle King County, PHSKC*) (ebd.). Hierzu wurden alle Untersuchungsinstrumente in einem rigorosen, sich wiederholenden, partizipativen Konsensverfahren mit Vor- und Zurückübersetzung und der Unterstützung von Geflüchteten aus jeder Sprachgruppe übersetzt (Brislin, 1970; Hollifield et al., 2013). Aus allen Items des RHQ (ausgenommen das DT) und jenen der *diagnostic proxy instruments*, welche bei 191 der Untersuchten angewandt wurden, wurden diejenigen 14 gewählt, welche am besten für Angststörungen (ANX), Depressionen (DEP) und PTSD klassifizierten (Hollifield et al., 2013). Die unterschiedlichen Skalen wurden vereinheitlicht, sodass für Items 1–14 eine Skala von 0 bis 4 eingesetzt wurde (ebd.). Somit wurde ein Cut-off-Score von 12 errechnet, welcher die optimale Sensitivität (ANX = 0,94; DEP = 0,95; PTBS = 0,81) und Spezifität (ANX = 0,86; DEP = 0,89;

27 Proxy (engl.): Stellvertreter

PTBS = 0,87) für zwei der untersuchten ethnischen Gruppen, namentlich der irakischen und nepalesischen, bot und bei 38% der Untersuchten ein positives Screening bewirkte (Farmer, 2011). Das DT bot bei einem Cut-off-Score von ≥ 5 eine Sensitivität/Spezifität von 0,60/0,93, 0,66/0,93 und 0,68/0,93 für PTSD, ANX und DEP (Hollifield et al., 2013). Es konnte festgestellt werden, dass das Hinzufügen des *Distress Thermometers* Sensitivität verbesserte und Spezifität verringerte sowie die Anzahl an identifizierten Fällen leicht erhöhte (ebd.).

Der somit entwickelte und in der vorliegenden Pilotstudie benutzte RHS-15 besteht aus 13 *symptom items*, deren Antwortmöglichkeiten von 0 (gar nicht²⁸) bis 4 (äußerst zutreffend²⁹) reichen, einem *coping item*, dessen Skala von 0 (In der Lage, mit allem, was auf Sie zukommt, umzugehen)³⁰ bis 4 (Unfähig, mit irgendetwas umzugehen)³¹ verläuft, und einem *Distress Thermometer*, auf welchem das Distressniveau angegeben werden soll (0 = kein Distress³² bis 10 = extremer Distress³³). Die Antwortmöglichkeiten für die *symptom items* sind durch Gläser illustriert, welche stellvertretend für den Zahlenwert mit Körnern gefüllt sind (0 = leeres Glas, 4 = volles Glas) (Farmer, 2011). Die von den Entwickler*innen empfohlene Bewertung klassifiziert einen Fragebogen als positiv bei einem Ergebnis von 12 und mehr Punkten bei den ersten 14 Fragen und/oder einem DT-Wert von 5 und mehr (Farmer, 2011; Hollifield et al., 2013). Zum Zeitpunkt der Untersuchung lagen dem Forschungsteam Fragebögen in Arabisch, Amharisch, Burmesisch, Englisch, Farsi, Französisch, Karen, Kubanisches Spanisch, Nepali, Russisch, Somali, Swahili und Tigrinya vor (Hollifield et al., 2013; Johnson-Agbakwu et al., 2014). Vertreten in der von uns untersuchten Population waren die Sprachen Arabisch, Amharisch, Farsi, Französisch, Russisch, Somali und Tigrinya. Erfahrungen mit der Nutzung des RHS-15 als integrierter Bestandteil des routinemäßigen Gesundheitsscreenings im *PHSKC* zeigen eine ungefähre Bearbeitungszeit von 5 Minuten für alphabetisierte Selbstanwender*innen und bis zu 15 Minuten für Interviewte, unabhängig vom Alphabetisierungsgrad (Farmer, 2011).

28 „Not at all“

29 „Extremely“

30 „Able to handle (cope with) anything that comes your way“

31 „Unable to cope with anything“

32 „No distress“

33 „Extreme distress“

In Deutschland wurde der RHS-15 – außer in der hier vorgestellten Arbeit – mittlerweile in vier weiteren Studien untersucht. Kaltenbach et al. (2017) evaluierten seine Umsetzbarkeit, Validität und Reliabilität bei Asylsuchenden in Gemeinschaftsunterkünften und bewerteten diese positiv. Im Rahmen ihrer Erhebung screeneten 52% der Teilnehmenden positiv durch Selbstauskunftsfragebogen bzw. 54% durch die Interviewversion. Hanewald et al. (2020) befragten unbegleitete minderjährige Geflüchtete (UMG) via RHS-15, der bei 46,9% dieser Gruppe ein positives Ergebnis ermittelte. Boettcher & Neuner (2022) interviewten Asylsuchende in NRW (Boettcher & Neuner, 2022) mittels RHS-15 und erhoben 54,8% positive Fragebögen. Schließlich ist noch die Studie von Borho et al. (2022) zu erwähnen, die syrische Geflüchtete 2–5 Jahre nach Ankunft in Deutschland in den Fokus nimmt. Hier screeneten 66% der Teilnehmenden positiv im Selbstauskunftsfragebogen.

3.4. Ort und Zeitpunkt der Erhebung

Die Teilnehmenden aus der HEAE wurden im Zeitraum 27.05.2015 bis 19.06.2015 in einem leerstehenden Gebäude auf dem ehemaligen AAFES-(*Army & Air Force Exchange Service*-)Gelände, welches vom Unternehmen Revikon GmbH zur Revitalisierung aufgekauft worden war, befragt. Dieses befand sich fußläufig der HEAE in der Rödgener Straße 59, 35394 Gießen.

Die Erhebung mit Teilnehmenden aus den GUs fand vor Ort statt: in Bibertal-Rodheim, Gießen, Harbach, Laubach, Lindenstruth, Lollar, Odenhausen, Staufenberg-Treis und Wißmar. Der Zeitraum erstreckte sich hier vom 10.07.2015 bis zum 14.08.2015.

3.5. Setting des Interviews

Die Studienteilnehmer*innen der HEAE füllten die Fragebögen in einem Raum des ehemaligen AAFES-Geländes (siehe Kapitel 3.4.) häufig in Gruppen aus. So konnte ein Austausch untereinander erfolgen. Verständnisfragen wurden untereinander, durch freiwillige Dolmetscher (Bewohner der HEAE – ein syrischer Lehrer, ein syrischer Geisteswissenschaftler und ein syrischer Arzt –, die ihre Unterstützung anboten) oder einen Untersucher, der muttersprachlich Kurdisch sprach, geklärt. Vom Forschungsteam, bestehend aus Björge Hetzger, Doktorand der Medizin, Bülent Yazgan, wissenschaftlicher Mitarbeiter der psychiatrischen Klinik Gießen, und der Verfasserin

dieser Arbeit, waren immer mindestens 2 Personen anwesend und für die Teilnehmenden ansprechbar.

Bei der Untersuchung in den GUs wurden die meisten Befragungen im eigentlichen Wohnbereich der Teilnehmer*innen durchgeführt. So kamen häufig Bewohner*innen zur Befragung in einer Wohneinheit (ein Zimmer, entweder für eine Familie oder eine Gruppe von individuellen Asylsuchenden) zusammen und beantworteten im Beisein der anderen die Fragebögen. Teilweise gingen die Untersucher*innen von Tür zu Tür in den GUs und befragten die zur jeweiligen Wohneinheit gehörenden Bewohner*innen. Einmal kam es vor, dass die GU-Bewohner*innen von der zuständigen Sozialarbeiterin zu ihrem Büro gerufen wurden, um den Fragebogen auszufüllen. Auch wurden Befragungen im gemeinschaftlich genutzten Wohnbereich durchgeführt.

Die Einverständniserklärung, der soziodemographische Fragebogen sowie der RHS-15 wurden im Beisein mindestens eines Mitgliedes der Forschungsgruppe und einer dolmetschenden Person ausgefüllt. Gelegentlich kam es vor, dass Einverständniserklärungen und Fragebögen in den GUs hinterlassen wurden, welche bei einem nächsten Termin auf Vollständigkeit geprüft und abgeholt wurden.

Da die Befragungen häufig in Gruppen stattfanden, kam es auch hier dazu, dass sich die Teilnehmer*innen zu den gestellten Fragen austauschten. Analphabet*innen wurde entweder durch andere Personen, welche an der Studie teilnahmen, oder durch Dolmetscher*innen beim Ausfüllen geholfen.

Zu den dolmetschenden Personen gehörten Bewohner*innen der GUs und die oben benannten Bewohner der HEAE, welche der Forschungsgruppe ihre Vermittlung angeboten hatten. Auch eine muttersprachliche Sozialarbeiterin konnte für Tigrinya vermitteln. Als keine Vermittlung durch Bewohner*innen oder Sozialarbeiter*innen möglich war, wurde eine professionelle Dolmetscherin engagiert.

3.6. Auswertung

Die Datenanalyse erfolgte mittels Excel und JASP.

Für die Stichprobenbeschreibung wurden Unterschiede in Alter, Bildungsgrad und Aufenthaltsdauer via JASP ermittelt; die Verteilung von nominalskalierten Merkmalen wie Geschlecht, Familienstatus, Nationalität und Zugehörigkeit zur jeweiligen Einrichtung wurde via Excel ermittelt.

Für die statistische Auswertung der Fragebögen wurde die Verteilung von Positiv- und Negativfällen nach Subgruppen (Einrichtung, Geschlecht) via Excel ermittelt. Via JASP wurde die interne Konsistenz für Items 1–14 sowie Items 1–15 mittels Cronbach's alpha berechnet. Auch mittels dieses Programms wurden Medianvergleiche und Mittelwertvergleiche zwischen den einzelnen Einrichtungen sowie zwischen den Geschlechtern via Mann-Whitney-U-Test oder t-Test ermittelt, je nach Vorhandensein einer Normalverteilung. Die Korrelation von Aufenthaltsdauer und Punktzahl wurde durch Pearson's Korrelation berechnet.

4. Ergebnisse

4.1. Stichprobenbeschreibung

An der Studie nahmen unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien 232 Personen teil. Hiervon lebten 118 in der HEAE 114 in den GUs.

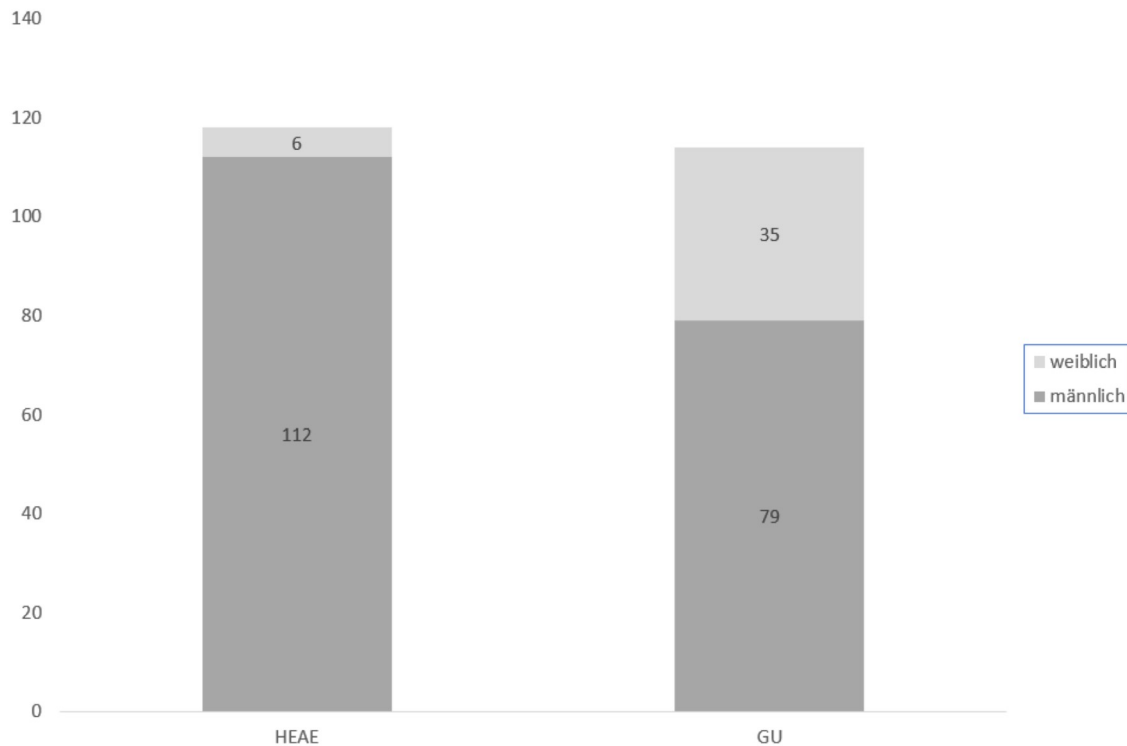
Tabelle 2: Probenmerkmale der Teilnehmenden aus HEAE und GUs

		Gesamt	HEAE	GU	
Geschlecht	männlich	191 (82,3%)	112 (94,9%)	79 (69,3%)	
	weiblich	41 (17,7%)	6 (5,1%)	35 (30,7%)	
Alter	<i>M</i> in Jahren	27,2 (<i>SD</i> = 8,46)	25,5 (<i>SD</i> = 8,15)	29,0 (<i>SD</i> = 8,46)	
Familienstand	ledig	107 (46,1%)	68 (57,6%)	39 (34,2%)	
	verheiratet	97 (41,8%)	38 (32,2%)	59 (51,8%)	
	anderer	28 (12,1%)	12 (10,2%)	16 (14,0%)	
Ursprungsland	Afghanistan	16 (7,0%)	10 (8,5%)	6 (5,3%)	
	Äthiopien	17 (7,4%)	13 (11,0%)	4 (3,5%)	
	Algerien	8 (3,5%)	3 (2,5%)	5 (4,4%)	
	Eritrea	35 (15,3%)	13 (11,0%)	22 (19,3%)	
	Irak	20 (8,7%)	13 (11,0%)	7 (6,1%)	
	Iran	4 (1,7%)	3 (2,5%)	1 (0,9%)	
	Palästina	4 (1,7%)	0	4 (3,5%)	
	Somalia	44 (19,2%)	19 (16,1%)	25 (21,9%)	
	Syrien	77 (33,6%)	42 (35,6%)	35 (30,7%)	
	Tschetschenien	2 (0,9%)	0	2 (1,8%)	
	Westsahara	2 (0,9%)	2 (1,7%)	0	
	keine Angabe	3 (1,3%)	0	3 (2,6%)	
	Bildungsgrad*	<i>M</i> in Jahren	10,1 (<i>SD</i> = 5,55)	10,9 (<i>SD</i> = 6,02)	9,2 (<i>SD</i> = 4,89)
	Aufenthaltsdauer	<i>M</i> in Tagen	119,1 (<i>SD</i> = 157,11)	22,0 (<i>SD</i> = 22,34)	214,1 (<i>SD</i> = 174,02)

*M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, *=Dauer des Besuchs einer Bildungseinrichtung in Jahren*

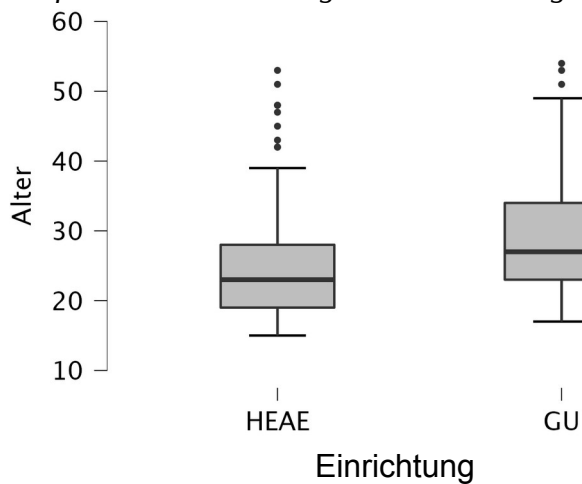
In der Gesamtheit nahmen mit 82,3% aller Befragten deutlich mehr Männer an der Studie teil. Hier zeichnete sich die Diskrepanz in der HEAE mit 94,9% Männer vs. 5,1% Frauen bedeutend stärker ab als in den GUs, wo 30,7% der Befragten Frauen waren.

Grafik 2: Geschlechterverteilung nach Einrichtung



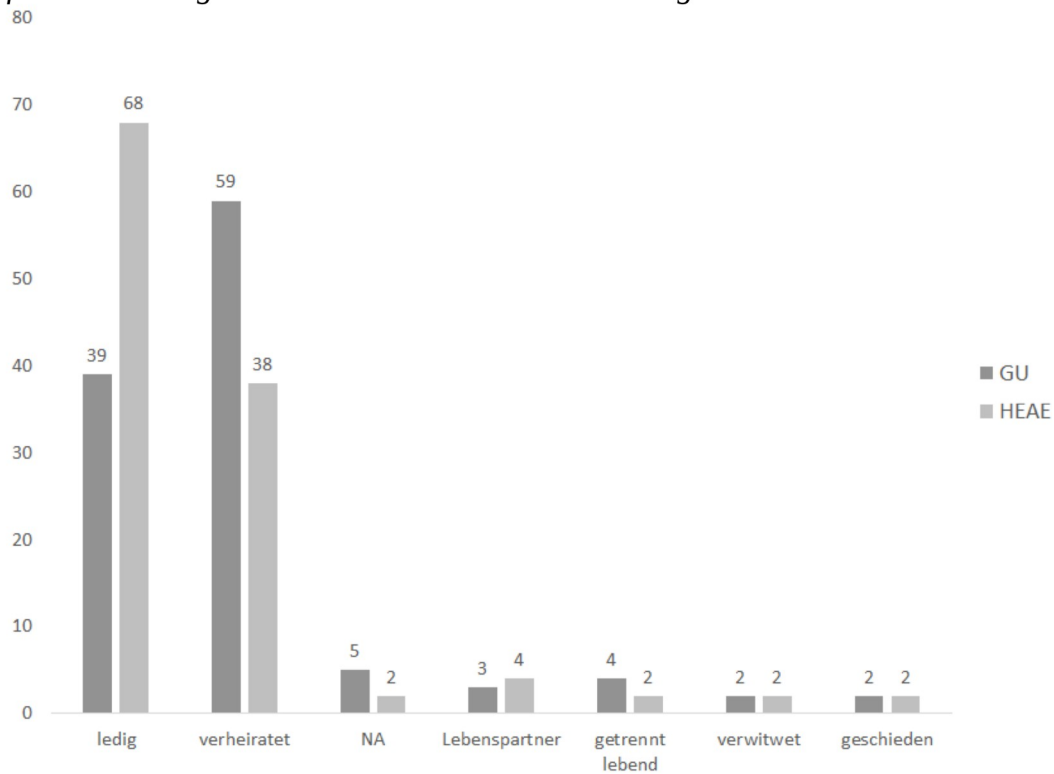
Das durchschnittliche Alter betrug insgesamt 27,2 Jahre ($SD = 8,46$). In den GUs lag der Mittelwert mit 29,0 Jahren ($SD = 8,46$) höher als in der HEAE, wo der Mittelwert 25,5 Jahre ($SD = 8,15$) betrug. Aufgrund fehlender Normalverteilung (Shapiro-Wilk $p < 0,001$ für beide Einrichtungen) wurde ein Medianvergleich via Mann-Whitney-U-Test durchgeführt und ein signifikanter Unterschied zwischen den Medianen ermittelt ($W = 4739,500$, $p < 0,001$, $W \hat{=} Wilcoxon-W$) bei einem Median von 23 in der HEAE und einem Median von 27 in den GUs.

Grafik 3: Altersverteilung nach Einrichtung



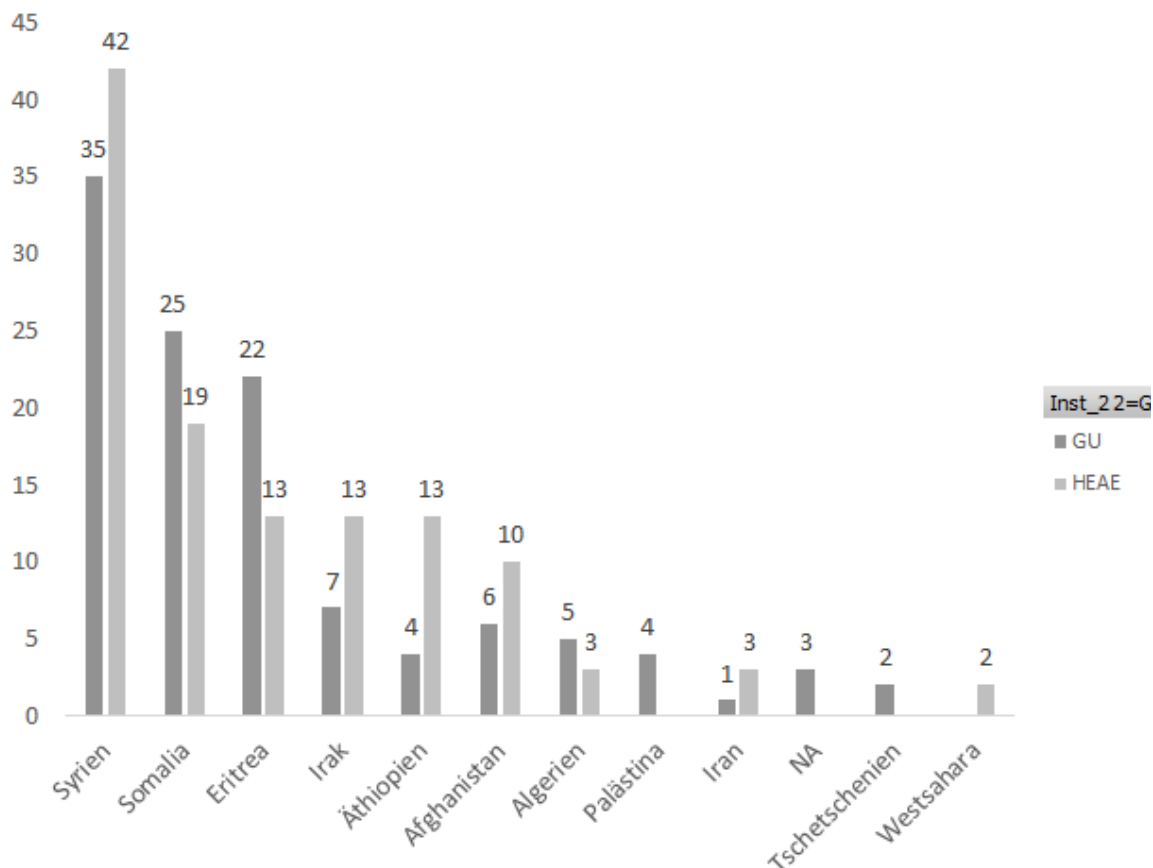
Ein Großteil der untersuchten Kohorte war entweder ledig (46,1%) oder verheiratet (41,8%) bei Minderheiten mit anderem Familienstatus (2,6% getrennt, 1,7% geschieden, 3% in einer Partnerschaft, 1,7% verwitwet). In der HEAE waren deutlich mehr Teilnehmer*innen ledig als in den GUs (57,6% vs 34,2%), während in den GUs die Befragten häufiger verheiratet waren (51,8%) als in der HEAE (32,2%).

Grafik 4: Verteilung des Familienstatus nach Einrichtung



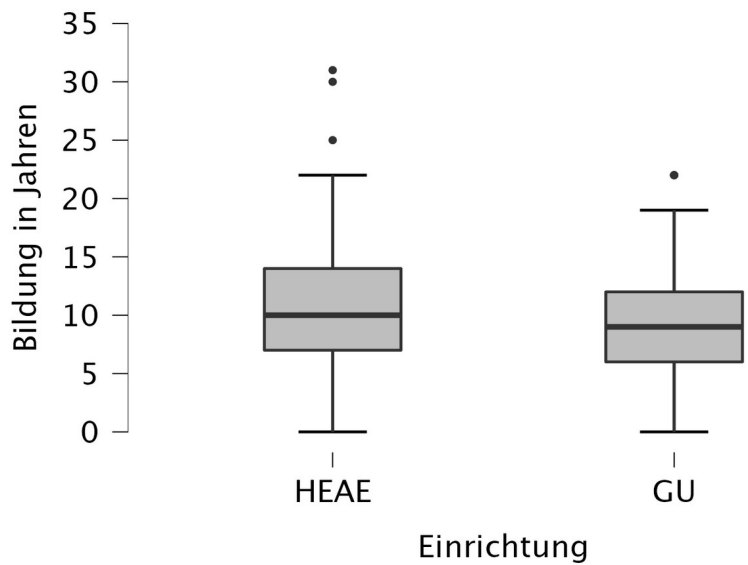
Der größte Anteil der Befragten kam aus Syrien (33,6%), gefolgt von Somalia (19,2%), Eritrea (15,3%), Irak (8,7%), Äthiopien (7,4%), Afghanistan (7%), Algerien (3,5%), Iran (1,7%), Palästina (1,7%), Tschetschenien (0,9%) und Westsahara (0,9%). Auch in den jeweiligen Institutionen waren die Mehrzahl der Befragten aus Syrien (35,6% in der HEAE, 30,7% in den GUs); an zweiter Stelle – jedoch mit deutlicher Diskrepanz (16,1% in HEAE, 21,9% in den GUs) – wurde Somalia als Herkunftsland verzeichnet. Während in der HEAE mit jeweils 11,0% Eritrea, Irak und Äthiopien die dritthäufigsten Herkunftsländer waren, setzte sich Eritrea mit 19,3% der Befragten in den GUs deutlich von anderen Nationalitäten ab, deren Beteiligung hier im einstelligen Prozentbereich lag (Irak 6,1%, Afghanistan 5,3%, Algerien 4,4%, Palästina 3,5%, Äthiopien 3,5%, Tschetschenien 1,8%, Iran 0,9%). In der HEAE war mit 8,5% eine bedeutende Minderheit der Teilnehmenden aus Afghanistan; der Anteil an anderen Nationalitäten war auch hier eher gering (Algerien 2,5%, Iran 2,5%, Westsahara 1,7%).

Grafik 5: Verteilung der Nationalitäten nach Einrichtung



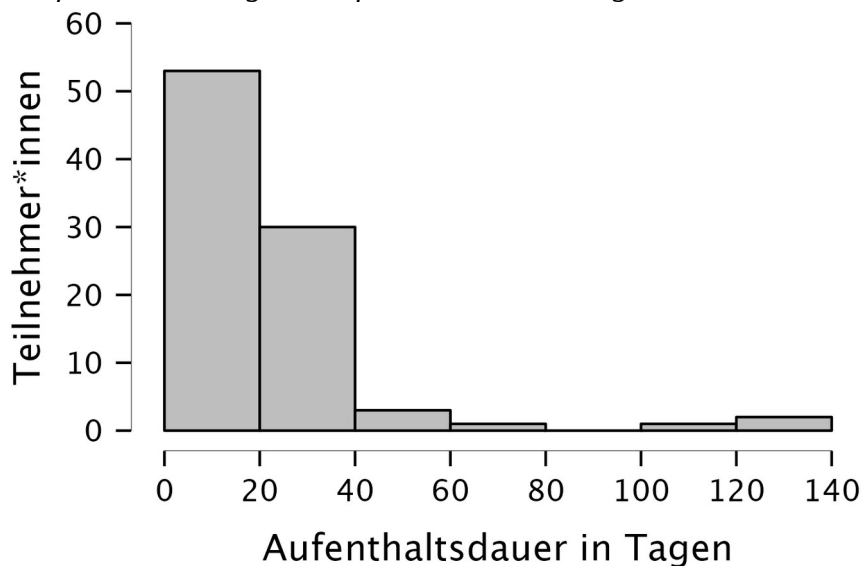
Der Bildungsgrad wurde über die Dauer des Besuchs einer Bildungseinrichtung in Jahren hergeleitet. Der Mittelwert betrug hier 10,1 ($SD = 5,55$), der Median 10. Bei fehlender Normalverteilung in den jeweiligen Einrichtungen (Shapiro-Wilk $p = 0,004$ für HEAE und $p = 0,007$ für GUs) wurde ein Medianvergleich via Mann-Whitney-U-Test durchgeführt und ein signifikanter Unterschied im Bildungsgrad zwischen HEAE und GUs ermittelt ($W = 6826,000$, $p = 0,015$, $W \hat{=} Wilcoxon-W$). Der Median in der HEAE lag bei 10 Jahren, in den GUs bei 9.

Grafik 6: Medianvergleich des Bildungsgrads in Jahren nach Einrichtung

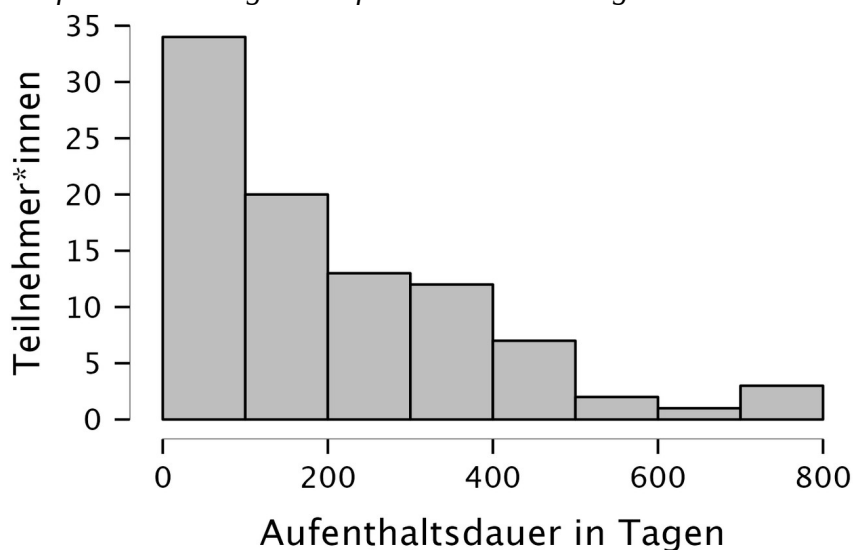


Insgesamt wurde die Aufenthaltsdauer bei 182 Teilnehmenden (78,4%) erhoben, in der HEAE bei 90 von 118 (76,2%) und in den GUs bei 92 von 114 (76,2%). Sie wurde definiert als Periode zwischen Ankunft in Gießen und Zeitpunkt der Befragung. Da eine Normalverteilung ausgeschlossen wurde (Shapiro-Wilk $p < 0,001$ insgesamt und für beide Institutionen), wurde als Maß der zentralen Tendenz der Median für einen Vergleich der Subgruppen herangezogen. Dieser unterschied sich signifikant ($W = 221,000$, $p < 0,001$, $W \hat{=} Wilcoxon-W$). Den Charakteristika der Einrichtungen entsprechend, war er in der HEAE niedriger, wo er bei 15 Tagen lag, während er in den GUs 151 Tage betrug. Auch stellte sich die Streuung mit 11 bis 776 Tagen hier weitaus größer dar als in der HEAE, wo sie bei 1–122 Tagen lag.

Grafik 7: Verteilung der Aufenthaltsdauer in Tagen in der HEAE



Grafik 8: Verteilung der Aufenthaltsdauer in Tagen in den GUs



4.2. Statistische Auswertung der Fragebögen

In der statistischen Auswertung zeigte sich keine Variable mit mehr als 5% missing, 98,68% aller Werte sind vorhanden. Es wurden insgesamt 47 von 3.555 Werten imputiert (Mittelwert des jeweiligen Items), d. h. 1,32%.

Wie oben beschrieben, nahmen 232 Personen an der Studie teil, davon 118 aus der HEAE und 114 aus den GUs.

Tabelle 3: Positive Screeningergebnisse insgesamt, nach Einrichtung und Geschlecht

	Insg.	HEAE	GU	m	w				
						HEAE	GU	HEAE	GU
n(ges)	232	118	114	191	41	112	79	6	35
n(pos)	185	90	95	150	35	85	65	5	30
(%)	(79,7)	(76,2)	(83,3)	(78,5)	(85,3)	(75,9)	(82,2)	(83,3)	(85,7)

M = männlich; w = weiblich; n(ges) = Gesamtzahl der Teilnehmenden, n(pos) = Teilnehmende mit positivem Screeningergebnis

Insgesamt scorten 185 (79,7%) der Befragten positiv, bei 47 (20,3%) negativen Screeningfragebögen. In der HEAE erzielten 76,2% der Teilnehmer*innen ein positives Testergebnis, während in den GUs 83,3% der Fragebögen positiv waren. Von den männlichen Teilnehmern erzielten 78,5% ein positives Ergebnis, von den weiblichen Teilnehmerinnen 85,3%.

Betrachtet man die Kategorie Geschlecht nach Einrichtung, so wird sichtbar, dass sowohl männliche als auch weibliche Teilnehmer*innen in den GUs häufiger ein positives Messergebnis hatten. Somit erzielten 82,2% der männlichen Teilnehmer in den GUs ein positives Screeningergebnis vs. 75,9% in der HEAE. Bei den weiblichen Teilnehmerinnen screeneten in den GUs 85,7% positiv, während es – bei einer sehr niedrigen Teilnehmerinnenzahl von 6 – in der HEAE 83,3% waren.

Tabelle 4: Screeningergebnisse bei Cut-off von 14 für Fragen 1–14

	insgesamt	HEAE	GU
n(ges)	232	118	114
n(pos) (%)	160 (69,0 %)	75 (63,6%)	85 (74,6%)

n(ges) = Gesamtzahl der Teilnehmenden, *n(pos)* = Teilnehmende mit positivem Screeningergebnis; Cut-off nach Kaltenbach et al., 2017

Kaltenbach et al. (2017), die u. a. die Validität des RHS-15 in einer vergleichbaren Studienpopulation untersuchten, ermittelten einen optimalen Cut-off von 14 für die Fragen 1–14.

Wird er für die hier erhobenen Daten angewandt, so zeigt sich eine um 10,8% geringere Prävalenzeinschätzung von psychischem Distress für die Gesamtteilnehmer*innenzahl (69,0% vs. die von uns erhobenen 79,7%) sowie 12,6% weniger positiv Gescreente in der HEAE (63,6% vs. 76,2%) und 8,7% in den GUs (74,6% vs 83,3%).

Tabelle 5: Itemreliabilität

	Cronbach's α
Frage 1: Muscle, bone, joint pains	0,875
Frage 2: Feeling down, sad, or blue most of the time	0,863
Frage 3: Too much thinking or too many thoughts	0,864
Frage 4: Feeling helpless	0,867
Frage 5: Suddenly scared for no reason	0,867
Frage 6: Faintness, dizziness or weakness	0,869
Frage 7: Nervousness or shakiness inside	0,864
Frage 8: Feeling restless, can't sit still	0,860
Frage 9: Crying easily	0,870
The following symptoms may be related to traumatic experiences during war and migration. How much in the past month have you (Frage 10–13):	
Frage 10: Had the experience of reliving the trauma; acting or feeling as if it were happening again?	0,868
Frage 11: Been having PHYSICAL reactions (for example, break out in a sweat, heart beats fast) when reminded of the trauma?	0,865
Frage 12: Felt emotionally numb (for example, feel sad but can't cry, unable to have loving feelings)?	0,870
Frage 13: Been jumpier, more easily startled (for example, when someone walks up behind you)?	0,867
Frage 14: Generally over your life, do you feel that you are: „Able to handle (cope with) anything that comes your way „(0) – „Unable to cope with anything“ (4)	0,873
Frage 15: Distress Thermometer: No distress (0) – Extreme distress (10)	0,879

Cronbachs α , wenn jeweiliges Item ausgeschlossen wurde, n = 232

Bei einem Cronbach's α von 0,876 für Fragen 1–15 war die interne Konsistenz hoch. Gleichfalls hoch präsentierte sich die interne Konsistenz für lediglich Fragen 1–14 mit einem Cronbach's α von 0,879. Auch konnte zwischen der Punktzahl für die ersten 14 Fragen und dem *Distress Thermometer* ein moderater signifikanter Zusammenhang (Pearson's $r = 0,582$, $p < 0,001$) ermittelt werden. Somit ist darauf zu schließen, dass Frage 15 keinen Zugewinn an Information bietet. In 13 Fällen war der Fragebogen ausschließlich aufgrund des *Distress Thermometers* positiv, während in 46 Fällen Fragebögen nur aufgrund der Punktzahl der Fragen 1–14 positiv waren. In den restlichen Positiv-Fällen (126) war der Fragebogen aufgrund von Punktzahl *und Distress Thermometer* positiv.

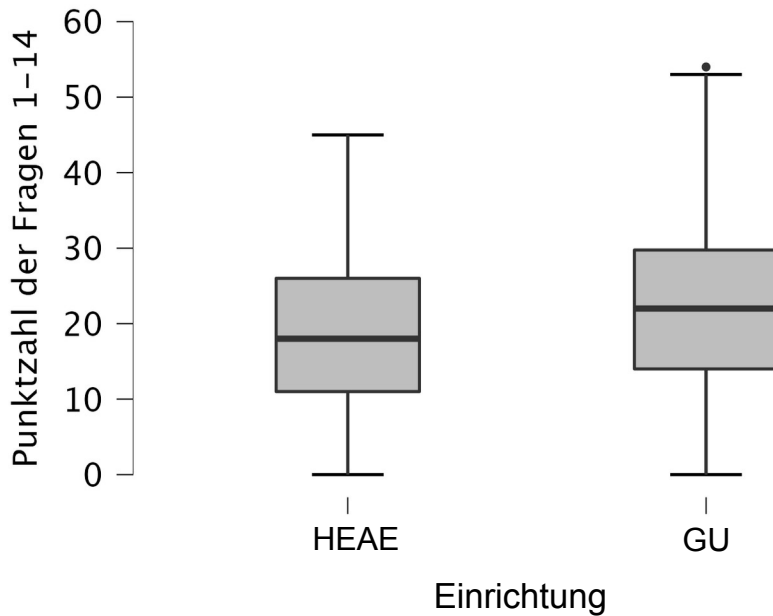
Aufgrund der hohen internen Konsistenz der Fragen 1–14 und da das *Distress Thermometer* keine zusätzliche Information bot, wurde es für die weitere Auswertung nicht mehr berücksichtigt.

Die Scores der Fragen 1–14 wurden für beide Einrichtungen mittels Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung überprüft. Bei einem p-Wert von 0,001 für HEAE und 0,005 für die GUs wurde eine Normalverteilung ausgeschlossen. Daher wurde ein Mann-Whitney-U-Test berechnet, um zu überprüfen, ob sich die Gesamtpunktzahl der Fragen 1–14 nach Einrichtung unterschied. Es gab einen signifikanten Unterschied ($p = 0,020$, $W = 5538,000$, $W \triangleq Wilcoxon-W$) zwischen den Medianen der Punktzahl, bezogen auf HEAE und die GUs. In der HEAE betrug der Median 18, in den GUs lag er mit 22 statistisch signifikant höher.

Tabelle 6: Vergleich der Punktzahl der Fragen 1–14 nach Einrichtung

	Punktzahl Fragen 1–14	
	HEAE	GU
Teilnehmer*innen	118	114
Mittelwert	18,89	22,88
Median	18,0	22,0
Standardabweichung	10,95	13,23
Minimum	0	0
Maximum	45	54

Grafik 9: Medianvergleich der Punktzahl für Fragen 1–14 nach Einrichtung

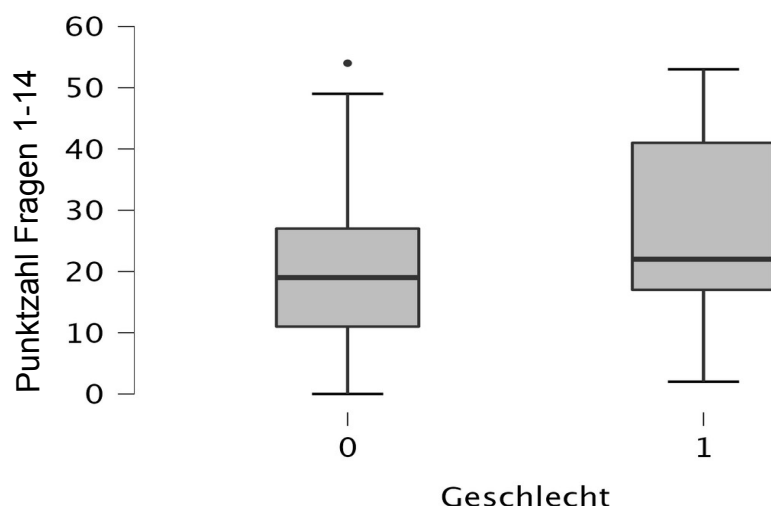


Hinsichtlich der Unterscheidung nach Geschlecht wurden die Testergebnisse erneut via Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung überprüft, welche auch hier verworfen wurde ($p < 0,001$ für männliche Teilnehmer, $p = 0,044$ für weibliche Teilnehmerinnen). In der Konsequenz wurde ein Mann-Whitney-U-Test angewandt, der einen signifikanten Unterschied ($p = 0,031$, $W = 3.076,500$; $W \triangleq Wilcoxon-W$) zwischen diesen Subgruppen berechnete. Die Testergebnisse der männlichen Teilnehmer waren demnach mit einem Median von 19 statistisch signifikant niedriger als die der weiblichen Teilnehmerinnen, wo ein Median von 22 berechnet wurde.

Tabelle 7: Vergleich der Punktzahl der Fragen 1–14 nach Geschlecht

	Punktzahl Fragen 1–14	
	männlich	weiblich
Teilnehmer*innen	191	41
Mittelwert	19,93	25,12
Median	19,0	22,0
Standardabweichung	11,65	14,15
Minimum	0	2
Maximum	54	53

Grafik 10: Medianvergleich der Punktzahl der Fragen 1–14 nach Geschlecht



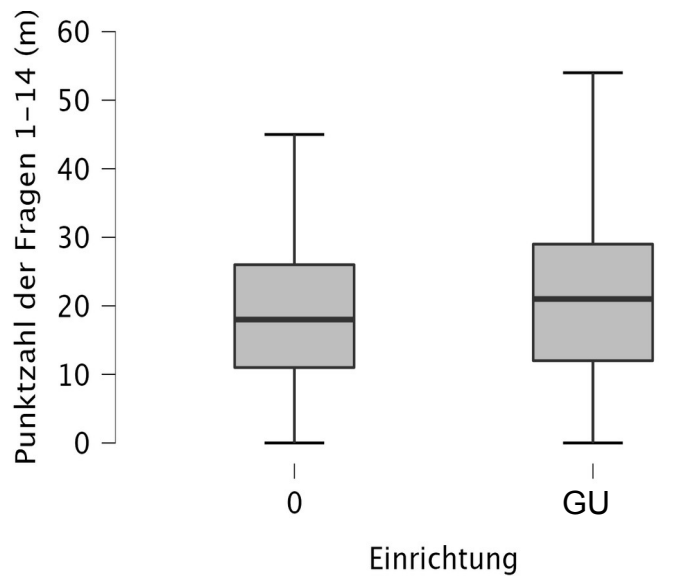
Zudem wurden die Testergebnisse der männlichen Teilnehmer der HEAE mit jenen der männlichen Teilnehmer der GUs verglichen sowie äquivalent bei den weiblichen Teilnehmerinnen.

Nach Shapiro-Wilk-Test wurde für die männlichen Teilnehmer eine Normalverteilung der Ergebnisse für die jeweilige Einrichtung ausgeschlossen bei $p = 0,003$ für HEAE und $p = 0,060$ für die GUs. Die Testergebnisse der männlichen Teilnehmer in der HEAE waren mit einem Median von 18 niedriger als deren in den GUs, wo ein Median von 21 berechnet wurde. Der Unterschied wurde jedoch nach Mann-Whitney-U-Test als nicht signifikant bewertet ($p = 0,083$, $W = 3.771,000$, $W \hat{=} Wilcoxon-W$).

Tabelle 8: Vergleich der Punktzahl der Fragen 1–14 der männlichen Teilnehmer nach Einrichtung

	Punktzahl der Fragen 1–14 (m)	
	HEAE	GU
Teilnehmer	112	79
Mittelwert	18,58	21,85
Median	18,0	21,0
Standardabweichung	10,74	12,66
Minimum	0	0
Maximum	45	54

Grafik 11: Medianvergleich der männlichen Teilnehmer nach Einrichtung

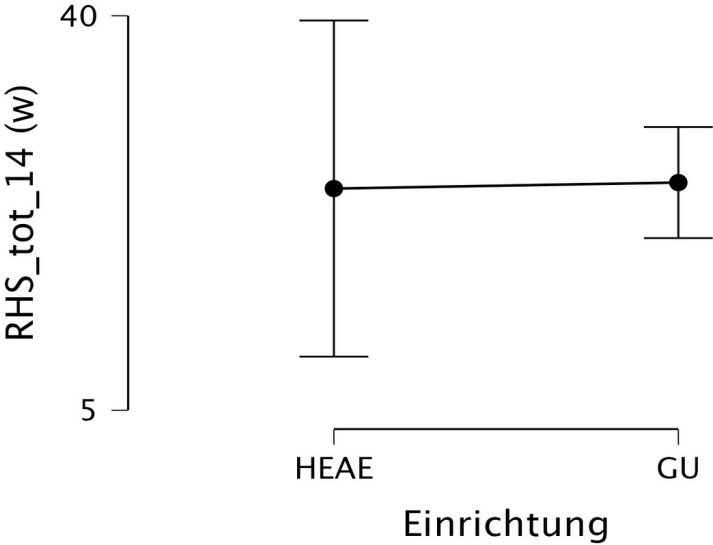


Im Fall der weiblichen Teilnehmerinnen wurde nach Shapiro-Wilk eine Normalverteilung für die Testergebnisse bestätigt bei $p = 0,249$ für jene der HEAE und $p = 0,066$ für jene der GUs. Somit wurde in diesem Fall der Mittelwert verglichen, und der Gruppenvergleich erfolgte via t-Test. Der Unterschied war laut t-Test nicht signifikant ($t(39) = -0,084$, $p = 0,933$).

Tabelle 9: Vergleich der Punktzahl der Fragen 1–14 der weiblichen Teilnehmerinnen nach Einrichtung

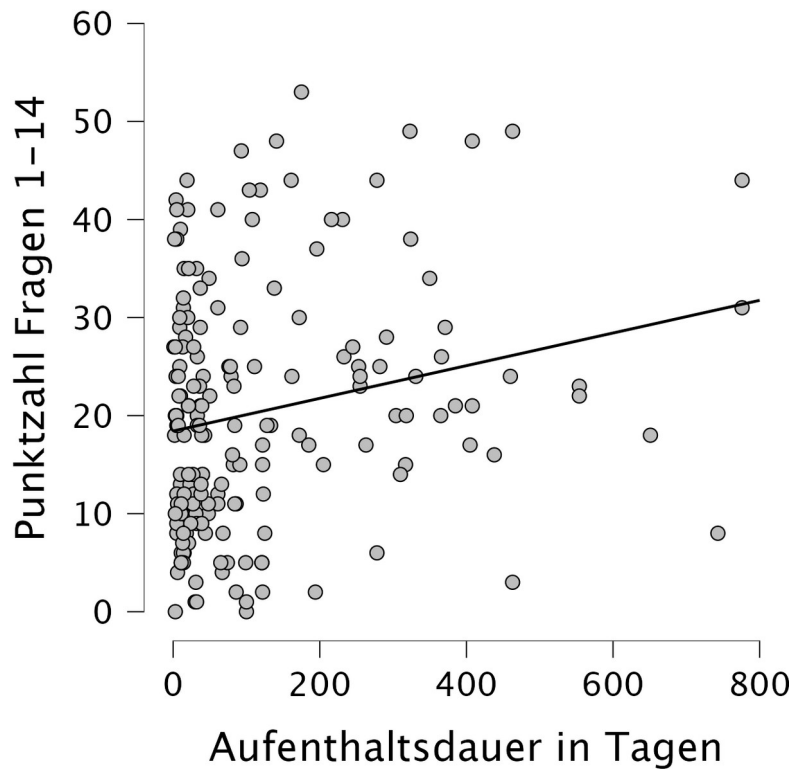
	Punktzahl Fragen 1–14 (w)	
	HEAE	GU
Teilnehmerinnen	6	35
Mittelwert	24,67	25,20
Median	22,5	22,0
Standardabweichung	14,21	14,34
Minimum	9	2
Maximum	42	53

Grafik 12: Mittelwertvergleich der weiblichen Teilnehmerinnen nach Einrichtung



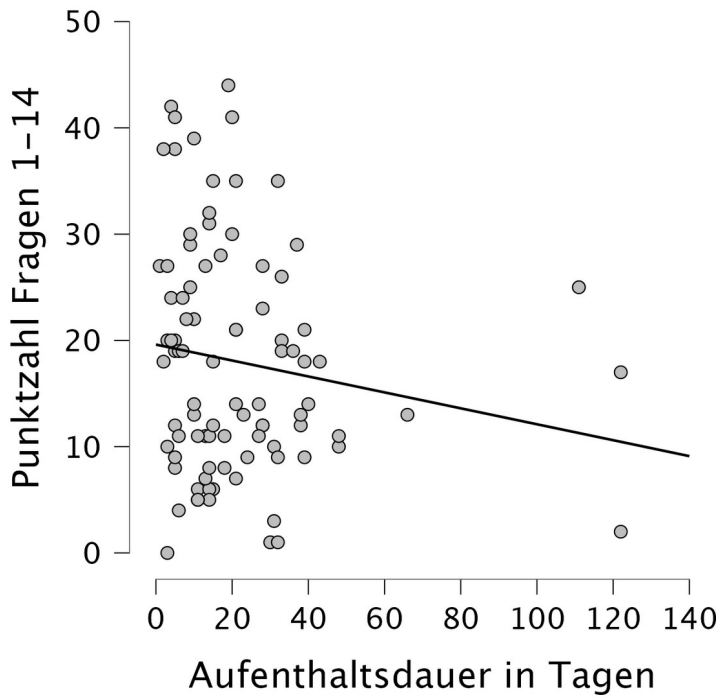
Weiter wurden Aufenthaltsdauer und Score der Fragen 1–14 korreliert. Die Korrelation von Aufenthaltsdauer in Tagen und Punktzahl der Fragen 1–14 wurde zunächst für die Grundgesamtheit ermittelt. Hier konnte eine statistisch signifikante, wenn auch geringe Korrelation (Pearsons's $r = 0,213$, $p = 0,004$) nachgewiesen werden.

Grafik 13: Korrelation von Aufenthaltsdauer und Punktzahl der Fragen 1–14 gesamt

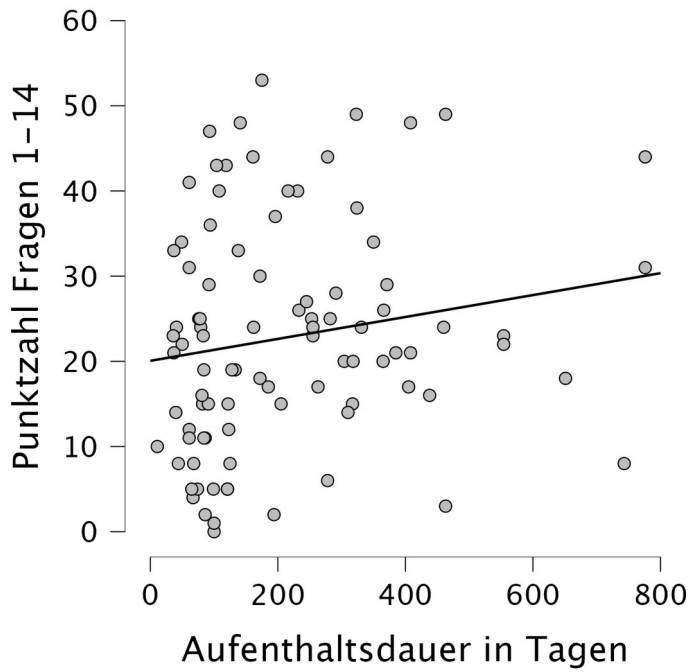


Keine statistisch signifikante Korrelation von Score und Aufenthaltsdauer konnte bei Betrachtung der einzelnen Institutionen ermittelt werden, was sich durch hohe Streubreite der einzelnen Werte zu unterschiedlichen Messzeitpunkten erklärt. So fand sich ein Pearson's r von $-0,155$ bei $p = 0,144$ bei der HEAE. Für die GUs wurde Pearson's r von $0,169$ bei $p = 0,107$ ermittelt.

Grafik 14: Korrelation von Aufenthaltsdauer und Punktzahl der Fragen 1–14 HEAE



Grafik 15: Korrelation von Aufenthaltsdauer und Punktzahl der Fragen 1–14 GUs



5. Diskussion

Ziel der Studie war, die Durchführbarkeit eines Screenings mittels RHS-15 im Rahmen des deutschen Asylsystems zu untersuchen mit dem Fokus auf der Anwendbarkeit dieses speziellen Fragebogens. Hieraus sollten konkrete und praktische Empfehlungen abgeleitet werden, um die Ermittlung von Vulnerabilität und besonderer Schutzbedürftigkeit von Asylsuchenden in Bezug auf Traumafolgestörungen zu verbessern.

Die statistische Auswertung der Fragebögen sollte ergänzend eine Einschätzung für das Ausmaß an psychischer Belastung innerhalb der befragten Population bieten.

5.1. Anwendbarkeit des Verfahrens

Wie unter Kapitel 2.4.5. beschrieben, sind unterschiedliche Testgütekriterien zu betrachten, um die Anwendbarkeit des RHS-15 evaluieren zu können. Auf diese soll im Folgenden eingegangen werden.

Ökonomie:

Der Test erwies sich als ökonomisches Screening-Tool, sowohl auf den zeitlichen als auch den finanziellen Aspekt bezogen. Die Ausfüllzeit betrug im Durchschnitt etwa 5–15 Minuten; Personalkosten bestanden lediglich für den beteiligten wissenschaftlichen Mitarbeiter der psychiatrischen Klinik und einmalig für eine professionelle Dolmetscherin. Für die zukünftige Implementierung wäre der Personalkostenaufwand nochmals zu evaluieren – so könnte der Fragebogen in einem Schritt des Aufnahmeprozesses durchgeführt werden, in welchem die zeitliche Kapazität des Personals besteht, diesen auszuhändigen und ohnehin ein*e Dolmetscher*in vor Ort ist. Dies wäre beispielsweise im Wartebereich vor der verpflichtenden medizinischen Erstuntersuchung denkbar. Um den zeitlichen Aufwand für etwaig eingebundenes Personal noch geringer zu halten, wurde eine digitale Version des Fragebogens erarbeitet (Stingl et al., 2017). Eine Audio-Version wäre eine Möglichkeit, um Analphabet*innen besser und ohne personellen Mehraufwand durch eine/n Dolmetscher*in einzubeziehen.

Da der RHS-15 frei zugänglich ist (hier besonderen Dank an Michael Hollifield), entfallen in diesem Fall die Anschaffungskosten.

Äußere Gestaltung:

Der Fragebogen erschien für die untersuchte Gruppe sprachlich und optisch ansprechend. Lediglich bei der visuellen Analogskala des *Distress Thermometers* bedurfte es bei einigen Teilnehmer*innen weiterer Erklärung. Mittlerweile wurde in unterschiedlichen Settings eine kürzere Version des RHS, der RHS-13, evaluiert, welche nur aus den ersten 13 Fragen – den *symptom items* – besteht. Bei höherer Wirtschaftlichkeit wurde dem RHS-13 ähnliche (Kaltenbach et al., 2017) und sogar höhere Validität (Borho et al., 2022) im Vergleich zur Langversion attestiert. Hollifield u. a. bewerten die 13-item-Version in Gegenüberstellung zu dem von ihnen ursprünglich entwickelten RHS-15 als wirtschaftlicher und ähnlich geeignet für ein Screening (Hollifield et al., 2016).

Transparenz:

Die Instruktion zur Testdurchführung erschien den Teilnehmenden verständlich. Es wurden – trotz Angebot – dahingehend keine Fragen gestellt. Eine schnelle und einfache Auswertung ermöglicht es, zeitnah ein aussagekräftiges Feedback zu geben.

Nützlichkeit:

Ein Screening in der Anfangsphase des Asylverfahrens dient der frühen Erfassung von besonderer Vulnerabilität entsprechend der EU-Richtlinie 2013/33/EU (2013) und der RHS-15 bietet hierfür ein geeignetes Instrument.

Ein positives Screening-Resultat gibt Hinweis auf möglicherweise klinisch relevante psychische Belastung der Befragten. Basierend auf einem solchen können weitere spezifische diagnostische Maßnahmen unternommen werden, die konkret Depressionen, Angststörungen oder eine PTSD ins Auge fassen. Wenn die Versorgungsstrukturen für die untersuchte Population dies erlauben würden, könnte ein therapeutisches Angebot für Betroffene dadurch spezifisch gebahnt werden. Zumindest könnte den rechtlichen Implikationen einer Diagnose im Rahmen des Asylverfahrens früher Rechnung getragen werden.

Außerdem erwies sich der RHS-15 als nützlich, eine Einschätzung der psychischen Krankheitslast in der untersuchten Gruppe und der damit verbundenen Versorgungsbedarfe zu erhalten.

Zumutbarkeit:

Da es vonseiten der Befragten keinen Abbruch der Untersuchung gab, erscheint die Form des Screenings durch den RHS-15 zumutbar für die Zielgruppe. Zudem wurde Sorge getragen, einen Fragebogen zu benutzen, der traumatische Ereignisse nicht konkret abfragt, um Retraumatisierung zu vermeiden.

Unverfälschbarkeit:

Da jeder psychometrische Selbstauskunftsbogen von der befragten Person manipuliert werden kann, ist eine anschließende Diagnostik zur Verifizierung unabdingbar. Die Heterogenität der Antworten der hier durchgeführten Studie lässt zumindest keinen Rückschluss auf eine zentrale Antworttendenz ziehen, wie sie beispielsweise durch vermutete soziale Akzeptanz oder einen erwarteten Vorteil durch das Testergebnis entstehen könnte. Darüber hinaus wurde bei der Fragebogenkonstruktion mit Zuhilfenahme von diagnostischen Fragebögen (*diagnostic proxy instruments*) das beste Verhältnis von Spezifität und Sensibilität ermittelt (Hollifield et al., 2013).

Akzeptanz:

Der RHS-15 wurde von den Befragten gut akzeptiert; viele konnten sich mit den beschriebenen Symptomen identifizieren. Einige drückten auch aus, dass sie froh waren, dass ein Interesse für die Symptome von psychischer Belastung gezeigt wurde, was für sie im Rahmen ihres Asylverfahrens bisher nicht vorgekommen war. Teilweise gab die Befragung auch für die Teilnehmenden Anlass, sich ausführlich zur aktuellen belastenden Situation zu äußern, so z. B. zu den Unterbringungsbedingungen in der HEAE mit desolatem hygienischen Zustand der gemeinsam genutzten sanitären Anlagen, zwischenmenschlichen Gewalterfahrungen, stundenlangem Anstehen für das Essen und regelmäßigen Ruhestörungen durch Auslösen des Feueralarms durch andere Bewohner*innen. Dass in der Gruppe der HEAE-Bewohner*innen durch schon Befragte neue angeworben wurden, unterstreicht die Wichtigkeit, die dem Fragebogen zugeschrieben wurde. Nicht auszuschließen ist allerdings, dass sich einige einen nicht näher identifizierbaren Vorteil durch die Teilnahme erhofften.

Nur vereinzelt lehnten Befragte die Teilnahme ab – einmal mit der Aussage, „es bringe nichts“, einmal war die betroffene Person derart in Distress, dass das Beantworten des Fragebogens sie überforderte.

Trotz dass sich das Untersuchungsteam als Forschungsgruppe der JLU Gießen vorstellte, wurden Mitglieder als scheinbar zuständig für Sprachkurse, Probleme im Camp oder somatische medizinische Probleme angesprochen. Inwiefern dies mit dem Studiendesign zusammenhängt oder ob dies bedingt ist mit strukturellen Schwierigkeiten im Asylverfahren – möglicherweise Unklarheit, *wer* für solche Belange zuständig ist, bzw. schlechte Erreichbarkeit der Ansprechpartner*innen – ,ist nicht eindeutig zu beantworten.

Testfairness:

Die interkulturelle Validität für Geflüchtete aus drei Ländern (Bhutan, Irak, Burma) wurde schon bei der Fragebogenkonstruktion bestätigt (Hollifield et al., 2013). Es lagen für unsere Befragung Fragebögen in Arabisch, Amharisch, Burmesisch, Englisch, Farsi, Französisch, Karen, Kubanisches Spanisch, Nepali, Russisch, Somali, Swahili und Tigrinya vor (Hollifield u. a., 2013a). Von den verfügbaren Sprachen wurden Arabisch, Amharisch, Farsi, Russisch, Somali und Tigrinya bei dieser Studie genutzt, wobei diese nicht immer die Muttersprache der Untersuchten abbildeten. So beantworteten kurdische Muttersprachler*innen den Fragebogen auf Arabisch, Befragte, deren Muttersprache Pashto war, beantworteten die Farsi-Version, Tschetschen*innen die russische und Oromo-Muttersprachler*innen beantworteten den Fragebogen auf Amharisch.

Für die Untersucherin war nicht ersichtlich, inwiefern den diversen arabischen Dialekten Rechnung getragen werden konnte durch den Fragebogen. Dieser war ursprünglich an einer irakischen Population validiert worden (Hollifield et al., 2013).

Um die Population von Asylsuchenden in Deutschland besser abbilden zu können, wäre es von Vorteil gewesen, Fragebögen auf Albanisch, Serbisch und Mazedonisch zur Verfügung zu haben, da Asylsuchende aus Albanien, Kosovo, Serbien und Mazedonien einen großen Anteil der Asylerstanträge 2015 stellten – in der Gesamtheit 25,7% (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine noch bessere Aussagekraft erzielt hätte werden können, wenn validierte Fragebögen in allen in der untersuchten Population vorkommenden Sprachen – und möglicherweise Dialekten – existiert hätten. Auch wäre es zur Verbesserung der Testfairness notwendig, durch eine Audio-Version die autonome Beantwortung des Fragebogens durch Analphabet*innen zu ermöglichen.

Standardisierung:

Bezüglich der Standardisierung des Settings bildete sich für den zukünftigen Einsatz des RHS-15 deutlicher Anpassungsbedarf ab. Dieser betrifft vor allem den Befragungsort sowie die an der Durchführung beteiligten Personen.

Die räumlichen Rahmenbedingungen der Befragung variierten deutlich von Einrichtung zu Einrichtung – so wurden die Studienteilnehmer*innen der HEAE von den Untersucher*innen direkt an der Straße angesprochen und bei Zustimmung zu einem explizit dafür eingerichteten Befragungsort in der Nähe gebracht. In den GUs wurde das Untersuchungsteam von den dortigen Sozialarbeiter*innen unterstützt, und die Befragung konnte direkt vor Ort durchgeführt werden. Es ist möglich, dass daher in den GUs mehr Personen erreicht werden konnten, die aufgrund von psychischem Distress ihre Unterkunft nicht verließen, während die Untersuchungskohorte der HEAE ausschließlich aus Personen bestand, die sich auch außerhalb der Erstaufnahmeeinrichtung aufhielten und somit potentiell gesünder waren. Ein gegenläufiges Selektionsbias nach Einrichtung ist demnach denkbar. Auch unterschieden sich die Gruppen darin, dass in der Kohorte der HEAE Männer mit 94,4% der Teilnehmenden deutlich überrepräsentiert waren im Vergleich zu den GUs, wo der Anteil 69,3% betrug. Zudem waren Proband*innen der HEAE im Vergleich jünger ($M = 23$) als jene der GUs ($M = 27$). Zusammenfassend könnte gesagt werden, dass durch die räumlichen Rahmenbedingungen im Falle der HEAE eine eher fittere, jüngere und „männlichere“ Kohorte selektiert wurde. Auch ist davon auszugehen, dass die Kohorte der GUs durch das direkte Aufsuchen vor Ort vermutlich repräsentativer war.

Nicht nur zwischen HEAE und GUs, sondern auch innerhalb der GUs variierte das räumliche Setting – so wurden Befragungen einerseits individuell in den Zimmern der Bewohner*innen durchgeführt, teilweise wurden aber auch mehrere Menschen zur Befragung in ein Zimmer eingeladen, Befragungen fanden in den Gemeinschaftsräumen

statt, oder eine Sozialarbeiterin rief alle Bewohner*innen in ihr Büro, um die Fragebögen auszufüllen. Für abwesende Bewohner*innen wurden Fragebögen hinterlassen, aber auch diese wurden nicht immer dem Untersuchungsteam zurückgegeben.

Ein weiterer wichtiger Unterschied in den Settings war, wer zur Beantwortung der Fragebögen aufforderte – so war dies im Falle der HEAE-Bewohner*innen das Untersuchungsteam selbst, im Falle der GUs luden die Sozialarbeiter*innen zur Befragung ein.

Ideale, d. h. standardisierte Befragungsbedingungen waren – sowohl bei den HEAE-Bewohner*innen als auch bei den Befragten in den GUs – schwer zu erwirken. So wurden Fragebögen häufig in Gruppen beantwortet, in denen sich die Befragten auch austauschten, Analphabet*innen wurden durch andere alphabetisierte Teilnehmer*innen unterstützt, wobei nicht auszuschließen ist, dass diese ihnen nicht die Antworten auch vorgaben, und es entstand teilweise der Eindruck, dass Männer die Beantwortung der Fragen durch ihre Ehefrauen beeinflussen wollten. Zudem konnten Sprachbarrieren zwischen Untersuchenden und Untersuchten nicht einheitlich überbrückt werden – so gab es diesbezüglich eine Bandbreite von fast unmöglicher Verständigung („mit Händen und Füßen“) über Handyübersetzung, Unterstützung durch eine muttersprachliche Sozialarbeiterin und Freiwillige, die sich als Dolmetschende anboten, bis hin zu professionellen Dolmetscher*innen.

Insgesamt wurde deutlich, wie wichtig die Unterstützung der beteiligten Institutionen ist, um standardisierte Untersuchungsbedingungen zu ermöglichen. Trotz erschwelter Bedingungen konnte die Befragung jedoch befriedigend durchgeführt werden.

Neben den räumlichen und personellen Unterschieden bei Rekrutierung und Befragung ist der Zeitpunkt der Untersuchung möglicherweise ein wichtiger Einflussfaktor auf die Ergebnisse der Befragung. So wurde in den GUs ein größerer Anteil an positiven Tests (83,3%) gefunden, als in der HEAE (76,2%) mit statistisch signifikant höherer Punktzahl in den GUs ($M = 22$) vs. $M = 18$ in der HEAE. Auch wurde eine signifikante, wenn auch geringe, Korrelation (Pearson's $r = 0,213$, $p = 0,004$) von Punktzahl und Aufenthaltsdauer ermittelt. Durch die unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkte wird also rein formal das Kriterium der Standardisierung nicht erfüllt. Das Wissen um

unterschiedliche Symptomausprägung über die Zeit sollte jedoch in Überlegungen einbezogen werden, wann im Verlauf des Asylverfahrens ein Screening sinnvoll wäre.

5.2. Diskussion der Methode

Nach den Anwendbarkeitskriterien soll im Folgenden zunächst auf die Testgütekriterien Validität und Reliabilität eingegangen werden, um im Anschluss die Repräsentativität der Studie zu diskutieren.

Der RHS-15 wurde von Hollifield et al. (2013) im Rahmen seiner Entwicklung für Nepali, Karen, Burmesisch und Arabisch sprechende Geflüchtete validiert, die sich im *resettlement*-Programms der USA befanden. Die Fragebögen wurden in einem rigorosen, sich wiederholenden Prozess von Hin- und Rückübersetzung mit Beteiligung von Geflüchteten aus allen teilnehmenden Sprachgruppen erstellt. Dieser Übersetzungsvorgang wurde auch für alle in dieser Studie verwendeten Sprachen durchgenommen. Allerdings unterscheidet sich die hier untersuchte Population kulturell sehr von jener, bei welcher der RHS-15 ursprünglich validiert wurde (Hollifield et al., 2013) und es kann durch die sprachliche Äquivalenz nicht zwingend auf die kulturelle Validität für die in dieser Arbeit untersuchte Gruppe geschlossen werden. Diese schloss zwar auch irakische Teilnehmer*innen ein, bestand ansonsten aber in der Mehrheit aus syrischen, somalischen, eritreischen, äthiopischen und afghanischen Asylsuchenden. Es müsste also überprüft werden, ob die abgefragten Symptome die gleiche Bedeutsamkeit bezüglich psychischer Belastung für die in dieser Arbeit untersuchte Kohorte haben, wie für die ursprüngliche Validierungskohorte. Auch ist der Untersuchungszeitpunkt im Rahmen des Asylprozesses ein anderer als in der von Hollifield et al. (2013) untersuchten Population. Die Studienteilnehmer*innen befanden sich bei Hollifield et al. (2013) im *resettlement*-Verfahren, ihr Aufenthaltsstatus war dementsprechend gesichert. Die Teilnehmer*innen der hier vorgestellten Studie hingegen befanden sich noch im Prozess des Asylverfahrens und es bestand somit keine Sicherheit bezüglich ihres Aufenthalts in Deutschland zum Zeitpunkt der Untersuchung. Es ist daher denkbar, dass „normale“ Reaktionen auf die Belastungen des Asylverfahrens wie „too much thinking, too many thoughts“ (Frage 3), „feeling helpless“ (Frage 4) oder „feeling restless, can't sit still“ (Frage 8), als Symptome psychiatrischer Diagnosen im Sinne einer *category fallacy* (Kleinman, 1987) überbewertet wurden.

Um die Validität für die hier untersuchte Population besser evaluieren zu können, müssten in einem weiteren Schritt (kulturell valide) diagnostische Maßnahmen an das Screening angeschlossen werden. Da die Validierung des Fragebogens nicht der Schwerpunkt dieser Studie war, sondern vielmehr dessen Anwendbarkeit, wurde von diesem Schritt abgesehen. Neuere Studien, die vergleichbare Populationen via RHS-15 untersucht haben, bezeugen eine gute Validität dessen.

So konnten Kaltenbach et al. (2017), die einem Screening mit dem RHS-15 ein halbstandardisiertes Interview anschlossen, bei einer Population von GU-Bewohner*innen, die älter als 12 Jahre waren und die Sprachen Arabisch, Farsi, Russisch, Somali, Albanisch, Kurdisch und Serbisch sprachen, eine gute Validität für den RHS-15 bescheinigen. In dieser Studie wurden etwas höhere Cut-offs ermittelt als in der ursprünglichen Validierungstudie von Hollifield (2013). Diese lagen bei ≥ 14 für den RHS-15 und ≥ 13 für eine kürzere Fragebogenversion, den RHS-13. Auch Borho et al. (2022) ermittelten eine sehr gute Validität für RHS-15 und seine kürzere Version, den RHS-13, bei syrischen Geflüchteten in Deutschland. Hinsichtlich des RHS-13 wurde hier ein Cut-off-Wert von ≥ 15 ermittelt, der indikativ für klinisch auffällige psychische Belastungssymptome sein soll, während der ursprüngliche Cut-off-Wert von ≥ 11 auch als befriedigend bewertet wurde. Anders als bei den in der hier vorliegenden Arbeit untersuchten Syrer*innen hatten jene in der Studie von Borho et al. (2022) schon einen sicheren Aufenthaltsstatus und lebten mindestens 1,5 Jahre in Deutschland.

Die für die hier vorgestellte Studie mittels Cronbach's α ermittelte interne Konsistenz lässt mit 0,876 für die Fragen 1–15 und 0,879 für die Fragen 1–14 eine gute Reliabilität erkennen. Diese spiegelt sich auch in anderen Studien, die den RHS-15 bei in Deutschland lebenden Asylsuchenden anwendeten, wider. So ermittelten Kaltenbach et al. (2017) Cronbach's α von 0,91 für den RHS-15 und 0,93 für den RHS-13. Bei der Anwendung bei unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten konnte ein Cronbach's α von 0,895 ermittelt werden (Hanewald et al., 2020).

Zusammenfassend kann auch für die in dieser Arbeit untersuchte Population von einer befriedigenden Testgüte des RHS-15 ausgegangen werden. Was diesen besonders auszeichnet, ist die Tatsache, dass er traumatisch bedingten psychischem Distress über eine klassische PTSD-Symptomatik hinaus abbildet. Spezifisch validiert wurde der RHS-15 für PTSD, Depressionen und Angststörungen – drei der häufigsten

psychischen Folgen von Trauma (deRoos-Cassini et al., 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; Norris et al., 2002; Schauer et al., 2003) mit einer bedeutenden Prävalenz bei Geflüchteten (siehe Kapitel 2.2. dieser Arbeit).

Da aufgrund des moderaten signifikanten Zusammenhangs zwischen dem Score der ersten 14 Fragen und dem *Distress Thermometer* (Pearson's $r = 0,582$, $p < 0,001$), der basierend auf den Daten der hier vorgestellten Studie ermittelt wurde, davon auszugehen ist, dass das *Distress Thermometer* bei der Befragung ausgeklammert werden darf, ist eine kürzere Version des RHS denkbar, was einen Zugewinn an zeitlicher Ökonomie bedeuten würde. Hollifield et al. (2016) bescheinigen dem RHS-13, bei dem Fragen 14 und 15 – *coping item* und *Distress Thermometer* – des ursprünglichen RHS-15 herausgenommen wurden, gute metrische Eigenschaften bei gleicher Effektivität und höherer Effizienz im Vergleich zur Langversion und stimmen somit mit der hier gezogenen Schlussfolgerung überein. Borho et al. (2022) bescheinigen dem *Distress Thermometer* zudem eine hohe Fehleranfälligkeit, was zusätzlich zu einem Ausschluss dessen aus dem Fragebogen spricht.

Die Repräsentativität der hier vorgestellten Studie ist durch unterschiedliche Aspekte eingeschränkt, auch wenn insgesamt eine zufriedenstellende Anzahl an Teilnehmenden rekrutiert werden konnte (118 in der HEAE und 114 in den GUs). Wie weiter oben bereits diskutiert, ist ein gewisses Selektionsbias nicht auszuschließen, wonach bei Befragung in der HEAE nur diejenigen erreicht werden konnten, die die HEAE verließen. Bei Teilnehmenden aus den GUs wurden demgegenüber Bewohner*innen zum Teil nicht erreicht, die sich primär außerhalb dieser aufhielten.

Auch ist eine eingeschränkte Repräsentativität bezüglich der Geschlechterverteilung – zumindest für die HEAE – zu vermuten. Während im Jahr 2015 69,2% der Asylerstanträge in Deutschland von Männern gestellt wurden vs. 30,8% durch Frauen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016), so ist der Frauenanteil bei der untersuchten Kohorte in der HEAE mit 5,1% auffällig niedrig, während er in den GUs mit 30,7% vermutlich repräsentativer ist.

Zudem konnte aufgrund des oben erwähnten systematischen Ausschlusses von gewissen Sprachgruppen die Population der Bewohner*innen von HEAE und GUs nicht vollständig abgebildet werden. So wurde mit Asylsuchenden aus Albanien, Kosovo, Serbien und Mazedonien, die in ihrer Gesamtheit 25,7% der Asylerstanträge 2015

ausmachten, ein wichtiger Anteil nicht berücksichtigt (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016).

5.3. Diskussion der Ergebnisse

5.3.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt waren 79,7% der 232 erfassten Fragebögen positiv. In den GUs scorten mit 83,3% (93 von 112) mehr positiv als in der HEAE mit 76,2% (90 von 118). Da insgesamt mehr weibliche Teilnehmerinnen positive Ergebnisse zeigten als die männlichen – 85,3% (35 von 41) vs. 78,5% (150 von 191) – und da diese in den GUs deutlich höher repräsentiert waren als in der HEAE (30,7% vs. 5,1%), wurde überprüft, ob die höhere Anzahl an positiven Scores mit dem höheren Anteil an weiblichen Teilnehmerinnen zusammenhängt. Da ermittelt werden konnte, dass die männlichen Teilnehmer in den GUs isoliert betrachtet auch deutlich häufiger positive Screenings hatten als jene in der HEAE – 82,2% (65 von 79) vs. 75,9% (85 von 112) – ist davon auszugehen, dass der höhere Anteil an positiven Screenings in den GUs nicht alleinig mit einer höheren weiblichen Teilnahme zusammenhängt.

Bei geringem Zugewinn an Information durch das *Distress Thermometer* wurden die Scores der Fragen 1–14 nach Einrichtung verglichen. So war der Median im Vergleich der Einrichtungen in den GUs mit 22 Punkten statistisch signifikant höher als in der HEAE, wo er bei 18 lag. Weibliche Teilnehmerinnen scorten bei einem Median von 22 vs. 19 bei den männlichen Teilnehmern signifikant höher. Der Median für die männlichen Teilnehmer alleine genommen war in den GUs mit 21 höher, als in der HEAE ($M = 18$), wenn auch der Unterschied sich statistisch nicht signifikant zeigte ($p = 0,083$; $W = 3771,000$; $W \triangleq \text{Wilcoxon-}W$).

Bezüglich der Veränderung der Scores über die Zeit konnte für die Grundgesamtheit eine signifikante – wenn auch geringe – positive Korrelation (Pearson's $r = 0,213$; $p = 0,004$) ermittelt werden. Der Zeitaspekt zeigte innerhalb der jeweiligen Einrichtung jedoch keinen signifikanten Effekt.

5.3.2. Die Ergebnisse im Kontext des aktuellen Stands der Forschung

Die hier vorgestellte Studie wurde durchgeführt, als die Datenlage zu psychischer Belastung bei Asylsuchenden in Deutschland noch sehr spärlich war und die

Möglichkeiten der Umsetzung der EU-Richtlinie 2013/33/EU (2013) zur Berücksichtigung von besonderer Schutzbedürftigkeit bei Asylsuchenden nicht eingehend erforscht waren.

So gab es zum Erhebungszeitpunkt nur wenige Referenzwerte, was die Krankheitslast, bezogen auf psychische Erkrankungen bei Asylsuchenden in Deutschland, angeht. Auch sind die in dieser Studie erhobenen vermuteten Prävalenzen schwer mit anderen Untersuchungen zu vergleichen, die meist einzelne Krankheitsentitäten untersucht haben, da der RHS-15 Hinweis auf das Vorhandensein gleich dreier Diagnose-Komplexe gibt – namentlich PTSD, Depressionen und Angststörungen.

Um das Jahr unserer Erhebung und in den Folgejahren wurden einige Studien durchgeführt, die ein vergleichbares Untersuchungsfeld betrachteten. Auf einige, die Schnittmengen mit den Diagnosen, nach welchen via RHS-15 gescreent wird, aufweisen, soll im Folgenden eingegangen werden.

So untersuchten Georgiadou et al. (2017) die Prävalenz von PTSD, Angststörungen und Depressionen bei Arabisch sprechenden Asylsuchenden in einer GU und fanden hierbei eine kumulative Prävalenz von 64,3%, d.h. 64,3% der Studienteilnehmer*innen hatten mindestens eine der untersuchten Diagnosen – wobei 35,7% Symptome einer PTSD, 57,1% die einer Depression und 39,8% einer Angststörung aufzeigten. Vergleichend zu dem Anteil an positiven Screeningfragebögen von 83,3% in den GUs bei der in dieser Arbeit vorgestellten Studie zeigt sich ein deutlicher Unterschied. Über die Ursache dessen kann nur spekuliert werden – neben dem Untersuchungsinstrument (Georgiadou et al. nutzten ETI, PHQ und GAD) unterscheidet sich die Studienpopulation hinsichtlich der Herkunft, da nur Arabisch sprechende Asylsuchende befragt wurden. Auch war die Gruppe der Befragten mit 56 wesentlich kleiner als in der Studie, die Gegenstand dieser Arbeit ist und bei welcher in den GUs allein 112 Personen befragt werden konnten. Führer und Eichner (2015) erhoben bei in GUs wohnenden Asylsuchenden aus Syrien (67,7%), Afghanistan (13%), Benin (5,1%), Iran (4,6%), Indien (2,3%), Eritrea (0,4%) und einer Minderheit (6,4%) aus anderen Ländern Prävalenzen von 18,2% für PTSD, 54,7% für Depressionen und 42,5% für Angststörungen. Leider gab es hier keine Angaben zu Komorbiditäten der einzelnen Krankheitsbilder, sodass ein Vergleich mit den durch RHS-15 erhobenen vermuteten Prävalenzen auch hier nur eingeschränkt möglich ist. Sicher ist nur, dass bei 54,7% Depressionsrate *mindestens* 54,7% eine

Diagnose hatten, es also nicht ausgeschlossen ist, dass eine ähnliche Krankheitslast ermittelt wurde. Auch bedeutsame Prävalenzen für PTSD, Depressionen und Angststörungen bei Asylsuchenden in vorläufigen Unterkünften des Rhein-Neckar-Kreises ermittelten Rzepka et al. (2022). 47% der Studienteilnehmer*innen hatten hier Symptome einer PTSD, 37,7% einer Depression und 29,2% einer Angststörung. Sichtbar wird hier eine ähnliche psychische Belastung wie bei Führer und Eichner ermittelt, bei jedoch deutlich anderer Verteilung der einzelnen Diagnosen, was möglicherweise mit einer anderen Zusammensetzung der soziodemographischen Parameter zusammenhängt. So waren hier 55,7 % der Studienteilnehmer männlich (bei Führer et. al. waren dies 85% der Teilnehmenden), bei Herkunft hauptsächlich aus Ländern südlich der Sahara (43,4 %) oder des Nahen Ostens (38,7 %).

Winkler et al. (2019) untersuchten Asylbewerber*innen in 9 Berliner Flüchtlingsunterkünften (undifferenziert, ob es sich um Erstaufnahmeeinrichtungen handelte oder GUs) und fanden insgesamt höhere Prävalenzen bei einzelnen Krankheitsbildern als die beiden vorherig vorgestellten Studien von Führer und Eichner (2015) und Rzepka et al. (2022). So zeigten sich bei 41,7% der Teilnehmenden PTSD-Symptome, bei 61,3% Depressionen und 52,3% Angststörungen. Winkler et al. (2019) gaben an, dass 74,6% der Untersuchten mindestens an einer dieser psychischen Erkrankungen litten. Ihre Berechnungen liegen somit näher an der von uns erhobenen Geamtprävalenz von 79,7%.

Die Vergleiche zu den vorangegangenen Prävalenzerhebungen sind grundsätzlich kritisch zu betrachten, da auch hier Screeningfragebögen genutzt wurden, die den Anforderungen an Screening entsprechend zunächst eine höhere Rate an falsch positiven Ergebnissen in Kauf nehmen (siehe Kapitel 2.4.1. dieser Arbeit), sodass sie die eigentliche Prävalenz in unterschiedlichem Maße, je nachdem, welche Sensitivität angesetzt ist, überschätzen.

Mittlerweile nutzten einige Studien, um die Belastung mit psychischen Störungen bei Asylsuchenden in Deutschland zu untersuchen, auch den RHS-15, sodass es sich anbietet, sie in direkten Vergleich zu unserer Studie zu setzen. So nutzten ihn Kaltenbach et al. (2017) in GUs als Selbstauskunftsfragebogen und im Rahmen eines klinischen Interviews, um die Umsetzbarkeit, Validität und Reliabilität dieses Screeningfragebogens für das von ihnen untersuchte Feld zu ermitteln. Mit 52% positiv

Gescreenten durch Selbstauskunftfragebogen und 54% im Interview stehen ihre Ergebnisse in großer Diskrepanz zu unserer Studie, die in den GUs 83,3% positiv screente. Über die Ursache der divergenten Ergebnisse kann nur spekuliert werden. Erklärbar wären diese u. a. durch Unterschiede in der soziodemographischen Zusammensetzung. Während die Studienteilnehmer*innen bei Kaltenbach et al. (2017) sich nach Herkunftsland wie folgt zusammensetzten – 58% aus Syrien, 9% aus Afghanistan, 8% aus Albanien, 7% aus Kosovo, 7% aus Serbien, 4% aus Irak und jeweils 2% aus Mazedonien, Somalia und Georgien – bildete sich in den von uns untersuchten GUs eine andere Verteilung hinsichtlich Herkunft ab mit 30,7% Teilnehmer*innen aus Syrien, 21,9% Somalia, 19,3% Eritrea, 6,1% Irak, 5,3% Afghanistan, 4,4% Algerien, 3,5% Palästina, 3,5% Äthiopien, 1,8% Tschetschenien und 0,9% Iran. Auch war die von Kaltenbach et al. (2017) untersuchte Kohorte mit 86 Teilnehmenden kleiner als die von uns in den GUs untersuchte Gruppe von 112 Personen.

Hanewald et al. (2020) untersuchten via RHS-15 explizit die Krankheitslast bei unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten (UMG) eine Woche nach Ankunft. Auch hier zeigte sich die ermittelte Prävalenz an positiven Screenings mit 46,9% deutlich divergent zu unseren Untersuchungsergebnissen. Mitbegründet werden kann dies möglicherweise mit dem positiven Zusammenhang zwischen Alter und Symptomatik, der von Hanewald et al. (2020) hier ermittelt wurde und der mitunter mit der Tatsache erklärt wird, dass UMG einen besonderen Schutz genießen, während die Fortsetzung des Aufenthalts im Zielland mit Näherrücken des 18. Lebensjahres zunehmend unsicher wird.

Boettcher und Neuner (2022) befragten mittels RHS-15 in Interviewform Asylsuchende in Nordrhein-Westfalen. 54,8% der Teilnehmenden screenten hier positiv und somit auch deutlich weniger als in der Studie, die Gegenstand der hier vorgelegten Arbeit ist. Auch hier gab es Unterschiede bezüglich der Herkunftsländer, die bei Boettcher und Neuner (2020) bei 42,4% als Syrien, 26,6% als Irak und 9% als Afghanistan angegeben waren. Da in der Studie von Boettcher und Neuner (2022) nicht zwischen Erstaufnahmeeinrichtung und Gemeinschaftsunterkünften unterschieden wird, ist es sinnvoll, die Verteilung der Herkunftsländer für unsere Gesamtkohorte zum Vergleich heranzuziehen. In diesem Fall waren 33,6% der Befragten aus Syrien, gefolgt von

Somalia (19,2%), Eritrea (15,3%), Irak (8,7%), Äthiopien (7,4%), Afghanistan (7%), Algerien (3,5%), Iran (1,7%), Palästina (1,7%), Tschetschenien (0,9%) und Westsahara (0,9%), wobei deutlich wird, dass ein wesentlicher Unterschied in dem hohen Anteil an Studienteilnehmer*innen aus Somalia, Eritrea und Äthiopien (zusammen 41,9%) in unserer Studie liegt, die bei Boettcher und Neuner (2020) nicht vorkommen.

Borho et al. (2022) untersuchten 2019 mittels RHS-15-Selbstauskunftsbogen syrische Geflüchtete, die zwischen 2014 und 2017 in Deutschland aufgenommen wurden und via Jobcenter Erlangen an das Studienteam vermittelt wurden. Hier screeneten 66% der Untersuchten positiv. Besonders interessant ist, dass in dieser Untersuchung durch andere Fragebögen (PHQ-9, GAD-7, ETI und PHQ-15) auch individuell auf Depressionen, Angststörungen, PTSD und Somatisierungsstörungen gescreent wurde und bei 40,5% der Untersuchten mindestens eine dieser psychischen Erkrankungen erfasst wurde – deutlich weniger als durch RHS-15 positiv gescreent. Dies könnte eventuell den oben gezogenen Vergleich unserer Daten zu in anderen Studien erhobenen kumulativen Prävalenzen, welche nicht mit RHS-15 erhoben wurden, relativieren. Betrachtet man dieses Ergebnis, könnte spekuliert werden, dass der RHS-15 möglicherweise häufiger positiv screent und somit mit einer höheren Sensitivität einhergeht als vergleichbare Screeningfragebögen.

Fraglich ist, ob bei dem in der hier vorliegenden Arbeit untersuchten Setting ein anderer Cut-off-Wert angesetzt werden müsste als von Hollifield et al. (2013) ursprünglich ermittelt. Dazu wäre es notwendig, in einem nächsten Schritt an das Screening eine Diagnostik anzuschließen. Kaltenbach et al. (2017) ermittelten für ihr Setting, das sich von unserem hauptsächlich hinsichtlich Geschlechterverteilung, Herkunft und Teilnehmer*innenzahl unterscheidet, jedoch sonst ähnliche Rahmenbedingungen aufweist, für den RHS-15 bei ihrer Untersuchungskohorte einen Cut-off von 14 Punkten bei Fragen 1–14. Wenden wir diesen für unsere Studie an, zeigen sich eine um 10,8% geringere Prävalenzeinschätzung von psychischem Distress für die Gesamtteilnehmer*innenzahl (68,9% vs. die von uns erhobenen 79,7%) sowie 12,6% weniger positiv Gescreente in der HEAE (63,6% vs. 76,2%) und 8,7% in den GUs (74,6% vs 83,3%).

5.3.3. Unterschiede der Untersuchungsergebnisse nach Einrichtung

Neben den Unterschieden zu Prävalenzerhebungen anderer Studien sind zudem jene zu diskutieren, welche zwischen den von uns untersuchten Untergruppen deutlich wurden. So zeichnet sich mit 83,3% positiv Gescreeenten in den GUs vs. 76,2% positiv Gescreeenten in der HEAE eine deutlich höhere Krankheitsprävalenz in ersterer ab. Hier wurde auch für den Score der Fragen 1–14 mit 22 Punkten ein statistisch signifikant höherer Median ermittelt als in der HEAE, wo dieser bei 18 lag. Folgt man Böttcher und Neuner (2022), die aus den Summen-Scores des RHS auch die Symptomintensität herauslesen, so bedeutet dies, dass die Untersuchten in den GUs nicht nur häufiger an psychiatrischen Erkrankungen leiden, sondern auch, dass die Symptomatik hier schwerwiegender sein muss. Eine geringe signifikante Korrelation zwischen Aufenthaltsdauer in Deutschland und dem Score der Fragen 1–14 (Pearson's $r = 0,213$, $p = 0,04$) bestätigt eine Verschlechterung der Symptomatik über die Zeit. Eine mögliche Erklärung für diese Tendenz wäre der „honeymoon effect“, nachdem bei Erreichen des Ziellandes für Geflüchtete zunächst Erleichterung und ein Gefühl von Sicherheit vorherrschen, was sich jedoch mit der Zeit relativiert und Hoffnungslosigkeit und Langeweile Platz macht (Sachs et al., 2008; Stahl, 1998; Stingl et al., 2017). Neben diesem Erklärungsversuch, der vornehmlich die erste Phase des Aufenthaltes mit einer Verbesserung der psychischen Gesundheit in Verbindung bringt, gibt es weitere Perspektiven, die vor allem die spätere Zeit des Asylverfahrens als ätiologischen Faktor für die Intensivierung von psychiatrischen Symptomen betrachten. So analysiert Brandi (2011) in ihrer Diplomarbeit die Rolle des Asylverfahrens im Traumatisierungsprozess und kommt zu dem Schluss, dass hier das „Asylverfahren als besonders vulnerable Phase“ (ebd., S. 36) gelesen werden muss. Sie bettet diese Aussage in diverse Theorien ein, die im Folgenden kurz angeschnitten werden sollen. So sei nach der Theorie des kumulativen Traumas nach Khan (1962) „das Asylverfahren mit den damit verbundenen Lebensbedingungen und Anforderungen“ (Brandi 2011, S. 28) als subtraumatisches Ereignis zu verstehen, welches, in Verbindung mit anderen Stressoren der Lebensrealität Asylsuchender wie Migrationsstress, Akkulturationsstress u. a. (Lee 1988 nach Brandi) zu einer kumulativen Traumatisierung führen kann.

Als „traumatische Sequenz“ kann das Asylverfahren laut Brandi vor dem Hintergrund der Theorie einer „sequenzielle[n] Traumatisierung“ gelesen werden (Brandi 2011, S.

30). Hierbei wird die traumatische Gesamterfahrung nach Keilson (2005), der diese bei jüdischen Kriegswaisen in den Fokus nahm, in mehrere Sequenzen, die jeweils eine eigene traumatische Qualität besitzen, unterteilt. Angepasst an die Situation Asylsuchender im heutigen Deutschland, identifiziert Brandi – in Anlehnung an u. a. Haenel und Wenk-Ansohn ,2004; Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2006 und Maier und Schnyder 2007 – folgende Sequenzen:

1. beginnende Verfolgung und Kriegssituation im Herkunftsland
2. ausgeprägte direkt erlebte Verfolgung oder Kriegserfahrungen (hierzu gehören in der Regel konkrete traumatische Ereignisse wie z. B. Gefangenschaft, Folter oder Missbrauch)
3. Flucht (oft mit widrigen Reiseumständen, Ausbeutung und Gefahren verbunden)
4. Zeit im Exil bzw. die Zeit des Asylverfahrens
(Brandi 2011, S. 31)

Sie reiht das Asylverfahren somit als letzte der traumatischen Sequenzen ein. Keilson (2005) identifiziert die letzte Sequenz – bei ihm die Nachkriegsepisode – als entscheidend für den Traumatisierungsprozess und unterstreicht somit die Wichtigkeit für die weitere Prognose, die dieser Phase zukommt.

Als „unterschwelliges Fortbestehen der traumatischen Situation“ beleuchtet (Brandi (2011, S. 31) das Asylverfahren mit Bezug auf Fischer und Riedesser (2009) – demnach schüre „die gegenwärtige rechtlich definierte Situation der Asylsuchenden [...] Gefühle des Misstrauens und Nicht-Erwünschtseins von Seiten des Aufnahmelandes“ (Brandi 2011, S. 32). Es könne sich daher „das erschütterte Selbst- und Weltverständnis nicht regenerieren“, da „die Anerkennung und Unterstützung [fehle], die von ihrem [den Opfern traumatischer Erfahrungen] Gerechtigkeitsempfinden her angebracht scheint“ (Fischer und Riedesser 2009, S. 101, zitiert nach Brandi 2011, S. 32). Erst durch „die Anerkennung von Verursachung und Schuld“ (Fischer und Riedesser 2009, S. 77, zitiert nach Brandi 2011, S. 31) könne „die zerstörte zwischenmenschliche und ethische

Beziehung“, die Opfer von durch Menschen verursachte traumatische Gewalt erleben, wiederhergestellt werden. Nur so ende die traumatische Situation (ebd.).

Eine ähnliche Sichtweise auf die Lebensumstände traumatisierter Geflüchteter, die häufig geprägt sind von einem lange währenden unsicheren Aufenthaltsstatus und Ungewissheit bezüglich des Asylverfahrens, spiegelt sich in einem Artikel von Hanewald et al. (2023) wider, der die strukturelle Gewalt im Kontext der medizinischen Versorgung dieser Personengruppe in den Fokus nimmt. Die Autoren konstatieren, dass hier die Bezeichnung einer posttraumatischen Belastungsstörung die Situation nicht adäquat beschreibt, da sie nicht „post“traumatisch ist, sondern krankheitsfördernde und -erhaltende Faktoren weiter bestehen (ebd.).

Mit der Benennung des Asylverfahrens als potentiell „retraumatisierende Situation“ bezieht sich Brandi (2011) auf Wenk-Ansohn und Schock (2008). Ihnen zufolge verstehe man unter Retraumatisierung „in der Regel eine akute oder auch anhaltende erhebliche Verschlechterung der posttraumatischen Symptomatik in Folge von erneuten schweren Belastungssituationen“ (Brandi, 2011, S. 33, mit Bezug auf Wenk-Ansohn und Schock, 2008).

Das „Asylverfahren als posttraumatische Phase“ ordnet Brandi (2011, S.33) nach dem „*Multifaktorielle[n] Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen*“ von Maercker (2009, zitiert nach Brandi, 2011, S.33) ein. Demnach wird der Verlauf der posttraumatischen Reaktion nach dem auslösenden traumatisierenden Ereignis u. a. bedingt durch „*Aufrechterhaltungsfaktoren [und] Ressourcen bzw. gesundheitsfördernde Faktoren*“ (Brandi, 2011, S. 34, mit Bezug auf Maercker 2009). Aufrechterhalten würde die posttraumatische Symptomatik durch „alle Ereignisse oder Erfahrungen in der posttraumatischen Zeit, die ein Gefühl der Belastung bzw. Stress bei den betroffenen Personen auslösen“ (Brandi, 2011, S. 35, mit Bezug auf Maercker, 2009). „Auch andauernde Gefühle der Schuld, Wut oder Rache“ (ebd.) und ein „vermeidender Bewältigungsstil“ (ebd.) erhöhten die Vulnerabilität. Gesundheitsfördernd seien demgegenüber folgende Faktoren: „die betroffene Person ist in der Lage, über das Geschehene zu kommunizieren, erhält soziale Unterstützung und berichtet von einem Gefühl der Anerkennung als Traumaopfer“ (ebd.). Brandi hebt in diesem Zusammenhang hervor, das Maercker posttraumatische Belastungen als „die einflussreichsten Faktoren für die Existenz chronischer Belastungsstörungen“

(Maercker, 2009, S. 36 zitiert nach Brandi, 2011, S.36) bezeichnet. Es zeigt sich somit eine Parallele zu Keilson's Modell der sequenziellen Traumatisierung (Keilson, 2005), in welchem die letzte, posttraumatische Sequenz als entscheidend identifiziert wird.

In Übereinstimmung mit den durch Brandi vorgestellten Theorien, die das Asylverfahren als besonders vulnerable Phase im Traumatisierungsprozess einordnen, arbeiteten Hanewald et al. (2015) in einer interdisziplinären Fallstudie heraus, dass Aufenthaltsrecht und Rechtspraxis erhebliche pathologische Folgen für traumatisierte Geflüchtete haben können und plädieren dafür, dass „das Zusammenwirken juristischer und medizinischer Aspekte bei traumatisierten Flüchtlingen von medizinischer, politischer und juristischer Seite [...] explizit berücksichtigt werden [muss]“ (Hanewald et al. 2015, S. 1). Auch gibt es mehrere Studien, die nachweisen, dass sich ein unsicherer Aufenthaltsstatus sowie ein langes Asylverfahren negativ auf den Verlauf psychischer Morbidität und somit auch auf traumaassoziierte psychische Symptomatik auswirken (Boettcher & Neuner, 2022; Laban et al., 2004; Momartin et al., 2006; Nickerson et al., 2011; Steel, 2006; Steel et al., 2007, 2011; Winkler et al., 2019).

Dies könnte mitunter erklären, warum in der Studie, die Gegenstand dieser Arbeit ist, die psychische Belastung mit längerer Zeit nach Ankunft – bei weiterhin nicht abgeschlossenem Asylverfahren – größer wird. Ein sicherer Aufenthaltstitel kann, wie in Kapitel 2.5.2. bereits erläutert, auch als Anerkennung des erlittenen Traumas verstanden werden und birgt somit therapeutisches Potential (Brandmaier, 2013; Huber, 2012). Eine Verbesserung der Symptomatik von PTSD- und depressiven Symptomen haben beispielsweise Nickerson et al. (2011) bei dem Übergang Betroffener von einem unsicheren in einen sicheren Aufenthaltsstatus nachgewiesen.

Neben den Belastungen eines langwierigen Asylverfahrens, die eine höhere Krankheitslast in den GUs mit erklären können, darf der Vollständigkeit halber der weiter oben erwähnte Selektionsbias nicht unerwähnt bleiben, der die Unterschiede nach Einrichtung möglicherweise mitbegründet bzw. verstärkt. So wurden, wie bereits erwähnt, im Falle der HEAE nur Asylsuchende erreicht, die diese auch verließen und somit potentiell gesünder waren. Gerade die mobilen, vermutlich gesünderen Asylsuchenden wurden in den GUs seltener erreicht, weil sie häufiger nicht anwesend waren, und so wurde möglicherweise eine kränkere Kohorte dort untersucht, als für die Gesamtbewohner*innenzahl der GUs repräsentativ wäre.

5.3.4. Unterschiede der Untersuchungsergebnisse nach Geschlecht

In unserer Studie screenen weibliche Teilnehmerinnen im Vergleich zu den männlichen Teilnehmern häufiger positiv. Während es bei den Frauen 85,3% waren, die ein positives Screeningergebnis hatten, waren es bei den Männern 78,5%. Auch erzielten Frauen im Schnitt höhere Scores mit einem signifikant höheren Median von 22 vs. 19 bei den Männern für die Fragen 1–14. Die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen für die deutsche Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2014) spiegelt diesen Geschlechterunterschied zuungunsten der Frauen auch in einem größeren Untersuchungsfeld wider. So leiden 10,6% der Frauen in Deutschland unter unipolaren Depressionen, während es bei den Männern 4,8% sind; 21,3% der Frauen haben Angststörungen bei 9,3% der Männer. Mit einer Prävalenz von 3,6% für PTSD bei Frauen ist diese vier Mal so hoch wie die der Männer, die bei 0,9% liegt (ebd.). Es ist also gut möglich, dass sich der ermittelte Geschlechterunterschied in der hier vorgestellten Studie einer verbreiteten Tendenz zuordnen lässt.

Im Kontext von Traumafolgestörungen, der in dieser Arbeit den Ausgangspunkt gegeben hat, ist möglicherweise auch relevant, dass weibliches Geschlecht sich in einer Metaanalyse von Brewin, Andrews und Valentine (2000) als prädiktiver Faktor für PTSD identifizieren ließ, wenn auch mit nur einem moderaten Effekt.

Allerdings liegen, bezogen auf Geschlechterunterschiede bei der in unserer Studie untersuchten speziellen Studienpopulation der Asylsuchenden in Deutschland, noch keine ausreichenden Daten vor.

So kommen in einer Metaanalyse zur Erfassung der Prävalenz von Depressionen und PTSD bei neu in Deutschland angekommenen Geflüchteten nach 2000 Hoell et al. (2021) in Hinblick auf Geschlechterunterschiede zur Conclusio, dass es aktuell an Studien mangelt, die weibliche Geflüchtete in den Fokus nehmen, bzw. seien häufig geschlechterspezifische Informationen in den existierenden Studien nicht angegeben.

Betrachtet man die aktuellen und in dieser Arbeit weiter oben bereits zitierten Studien, so kann auch hier keine allgemeine Tendenz identifiziert werden. Albers (2012) beispielsweise fand „keine statistisch signifikante Korrelation zwischen [...] dem Geschlecht der Teilnehmer und der Ausprägung der vier Variablen „Depressivität“, „somatoforme Symptome“, „Stress/psychosoziale Belastung“ und „Komorbidität“ (Albers, 2012, S. 53) in der von ihr in einer GU in Würzburg durchgeführten Studie.

Auch Belz et al. (2017) fanden keinen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Teilnehmenden bezüglich der Diagnosen PTSD und Depression bei Studienteilnehmer*innen aus einer Erstaufnahmeeinrichtung, die von Sozialarbeitenden zur Diagnostik an eine Ambulanz verwiesen wurden.

Ebenso fanden Rzepka et al. (2022) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Diagnosehäufigkeit bei auf PTSD, Depressionen und Angststörungen Untersuchten aus vorläufigen Unterkünften im Rhein-Neckar-Kreis. Georgiadou et al. (2017), die Arabisch sprechende Bewohner*innen einer GU in Erlangen untersuchten fanden gleichfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern in Bezug auf Häufigkeit und Höhe des Symptomscores für PTSD, Depression und Angststörungen.

Viele der in dieser Arbeit erwähnten Studien zu psychischer Morbidität bei Geflüchteten gehen tatsächlich nicht auf Geschlechterunterschiede ein (Borho et al., 2022; Führer & Eichner, 2015; Gäbel et al., 2006; Kaltenbach et al., 2017; Kröger et al., 2016; Richter et al., 2015; Winkler et al., 2019).

Boettcher und Neuner (2022), die Asylsuchende in NRW u. a. mit dem RHS-15 untersuchten, fanden hingegen, dass weibliches Geschlecht mit höheren Symptomscores assoziiert war. Auch eine höhere psychische Belastung weiblicher Teilnehmerinnen erfassten Nesterko et al. (2020b) in der Erstaufnahmeeinrichtung Leipzig mit 59,7% der befragten Frauen, die mindestens für eine der untersuchten Diagnosen (Somatisierung, Depression, PTSD) positiv gescreent wurden, während es bei den männlichen Teilnehmern 45,4% waren. In Hinblick auf die einzelnen Diagnosen waren die Prävalenzen für Somatisierung bei den Frauen deutlich höher (44,1% der Frauen screenten hier positiv, während dies bei 23,9% der Männer der Fall war), während der Unterschied sich bei Depression weniger prägnant zeigte – 22,1% der weiblichen Teilnehmenden und 21,5% der männlichen screenten hierfür positiv (ebd.). Bezüglich PTSD screenten in der Studie von Nesterko et al. (2020b) 37,2% der Frauen positiv und 33,9% der Männer. Bei Anwendung von diagnostischen Algorithmen des DSM-5 wurde in dieser Studie sogar ein größerer Prävalenzunterschied deutlich mit 34% der weiblichen Teilnehmerinnen, bei denen eine PTSD diagnostiziert wurde, vs. 25,6% bei männlichen Teilnehmern (ebd.).

Eine gegenteilige Tendenz ermittelten Hanewald et al. (2020) bei unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten (UMG) in Gießen. In dieser Untersuchung zeigten männliche UMG eine höhere Symptombelastung und häufiger positive Screeningergebnisse als weibliche UMG. In der Diskussion der Ergebnisse erwähnen sie, dass Daten zu Geschlechterunterschieden bei dieser speziellen Gruppe von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten kontroverse Ergebnisse aufweisen und beziehen sich hier auf internationale Studien (ebd.). Ihr Studienergebnis kann daher nicht für UMG verallgemeinert werden, und auch die Autoren verweisen darauf, dass bei der Interpretation der Daten hinsichtlich Geschlechterunterschieden Vorsicht geboten ist, bis weitergehende standardisierte Studien in diesem Feld zur Verfügung stehen (ebd.).

Stimmt dies für UMG, so ist dies durchaus auch für die in dieser Arbeit untersuchte Studienpopulation von erwachsenen Asylsuchenden der Fall, und es besteht weiterer Forschungsbedarf, um hier mögliche Geschlechterunterschiede herauszuarbeiten. Bei dem aktuellen Stand der Forschung kann weibliches Geschlecht bei Asylsuchenden in Deutschland – anders als in der deutschen Allgemeinbevölkerung (s.o.) – nicht eindeutig als Vulnerabilitätsfaktor gelesen werden.

6. Ausblick und offene Fragen

6.1. Die Verwendung des RHS-15 als Screening-Tool

Im Rahmen der hier vorgestellten Studie konnte festgestellt werden, dass der RHS-15 ein schnell anwendbares, ökonomisches und praktikables Screening-Tool für das untersuchte Setting ist. Da das *Distress Thermometer* keinen Zugewinn an Information bot und als einziges Item Anlass für Nachfragen durch die Teilnehmenden gab, ist für zukünftige Untersuchungen eine kürzere Version gut denkbar. Die ursprünglichen Entwickler des RHS-15, Hollifield et al., bezeugen dem RHS-13, einer um die Fragen 14 und 15 gekürzten Version des RHS-15, gleiche Effektivität bei gar höherer Effizienz (Hollifield et al., 2016). Da sich der größte Betreuungsaufwand für Menschen ohne Alphabetisierung zeigte, wäre es zudem sinnvoll, durch Digitalisierung des Fragebogens mit Audio-Version eine barriereärmere Version zur Verfügung zu stellen, auch um den Personalaufwand weiterhin gering zu halten (Stingl et al., 2017).

Zum Zeitpunkt der Untersuchung lagen uns keine Fragebögen in den unter Asylsuchenden in Deutschland 2015 häufig vorkommenden Sprachen Albanisch, Serbisch und Mazedonisch vor, womit eine wichtige Minderheit von der Befragung ausgeschlossen wurde. Auch beantworteten Kurdisch-, Oromo-, Tschetschenisch- und Paschto-Muttersprachler*innen unsere Fragebögen in den ihnen nächsten Sprachen (Arabisch, Amharisch, Russisch und Farsi), da für ihre Muttersprache noch keine Version verfügbar war. Mittlerweile wurden neue Übersetzungen in Albanisch, Serbisch und Kurdisch (Kaltenbach et al., 2017) sowie in Paschto (Pathways to Wellness, 2016) gefertigt. Mit Beginn des Krieges in der Ukraine im Februar 2022 stieg die Relevanz für Ukrainisch bei Asylsuchenden in Deutschland bedeutend – auch in dieser Sprache gibt es heute eine Version (Pathways to Wellness, 2016). Für zukünftige Untersuchungen sollten die bisher ausgeschlossenen Sprachgruppen mit einbezogen werden.

Der RHS-15 wurde ursprünglich an einer Untersuchungspopulation von irakischen, bhutanesischen, burmesischen und nepalesischen Probanden validiert. Die neuen Sprachversionen entstanden zwar in einem rigorosen Prozess der Hin- und Rückübersetzung, jedoch blieben die Bewertung der abgefragten Symptome, und somit die Auswertungskriterien, gleich. Zwar gibt es wissenschaftliche Bestätigung der interkulturellen Validität des Konstruktes „PTSD“ (Hinton & Lewis-Fernández, 2011), jedoch variieren die Symptomausprägungen für diese Diagnose je nach Bevölkerungsgruppe (De Jong et al., 2001). Es wäre daher interessant, die kulturelle Validität des RHS-15 für Gruppen mit anderem kulturellen Hintergrund zu überprüfen und für diese gegebenenfalls die Bewertung von Symptomausprägungen anzupassen. Es kann diskutiert werden, ob es hier auch nötig sein könnte, „idoms of distress“, die kulturell geprägten Formen, wie über Leid gesprochen wird (Kirmayer 2001), zu integrieren, die für diese Relevanz haben. Möglicherweise ist es aber auch ausreichend, mittels bereits interkulturell validierter diagnostischer Fragebögen, die Angststörungen, Depressionen und PTSD erfassen, eine Überprüfung der Validität durchzuführen.

Zukünftig zu untersuchen wäre auch, ob für den RHS-15 im Setting des deutschen Asylverfahrens ein anderer Cut-off-Wert angesetzt werden müsste, als ursprünglich von den Entwickler*innen angesetzt. Sowohl die Studie von Kaltenbach et al. (2017) als auch jene von Borho et al. (2022), die den RHS-15 im Rahmen des deutschen

Asylsystems verwendeten, legen dies nahe: Kaltenbach et al. (2017) empfahlen einen neuen Cut-off-Wert von 14 für den RHS-15 (bei Fragen 1-14), bzw. von 13 für den RHS-13, während Borho et al. (2022) gar einen optimalen Cut-off von 15 für den RHS-13 ermittelten. Diese deutlich höheren Cut-off-Werte spiegeln möglicherweise einen kategorischen Irrtum (*category fallacy*) (Kleinman, 1987) wider, durch welchen Symptome psychischer Belastung als normale Reaktion – z. B. auf die Umstände des Asylverfahrens – fälschlicherweise als Indikatoren für psychische Erkrankungen gelesen werden. Analog stellten z. B. Ventevogel und Faiz (2018) eine Überschätzung psychischer Morbidität in der afghanischen Bevölkerung fest, da viele der in diesem Zusammenhang erhobenen Symptome normalen Reaktionen auf schwierige Lebensumstände entsprachen. Da die ursprüngliche Validierung des RHS-15 bei Menschen im *resettlement programme* der USA durchgeführt wurde, ein sicherer Aufenthaltsstatus für diese Population daher garantiert ist, ist es gut denkbar, dass Symptome in unserer Studie überbewertet wurden, die einer „normalen“ Reaktion auf den Asylprozess entsprechen könnten. So ist es beispielsweise nachvollziehbar, dass sich Betroffene in diesem Kontext viele Gedanken machen (Frage 3), sich hilflos fühlen (Frage 4) oder unruhig sind (Frage 8), ohne dass dies Symptome einer Traumafolgestörung sind.

6.2. Medizinische und juristische Aspekte des Screenings

Ein Screening-Test darf natürlich nicht für sich allein stehen und muss eingebunden sein in ein Screeningverfahren, das nur ethisch vertretbar ist, wenn die herausgefundenen Verdachtsfälle Zugang zu Diagnostik und Therapie haben (Wilson & Jungner, 1968). Hierfür sind die Strukturen für Asylsuchende in Deutschland – vorsichtig ausgedrückt – ausbaufähig. In den ersten 15 Monaten nach Ankunft ist der Zugang zu Gesundheitsversorgung über das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Dort wird in § 4 der Anspruch auf Gesundheitsleistungen auf Versorgung bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie auf Impfungen eingeschränkt (Asylbewerberleistungsgesetz, 2022). Laut § 6 AsylbLG können „[s]onstige Leistungen insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich [...] sind“ (vgl. § 6, Asylbewerberleistungsgesetz 2022). Der Zugang zu Gesundheitsleistungen nach

AsylbLG ist nach Bundesland und Kommune uneinheitlich geregelt. Während beispielsweise Bremen und Hamburg eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Asylsuchende haben, die direkt bei der/dem behandelnden Ärztin/Arzt wie die Chipkarten der gesetzlichen Krankenkassen eingelesen werden kann (Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg, 2014; Jung, 2011), müssen vielerorts Asylsuchende Behandlungsscheine bei den zuständigen Mitarbeitenden des Sozialamts beantragen, nach deren Ermessen eine Behandlungsbedürftigkeit eingeschätzt wird (Razum et al., 2016). Auch sind Leistungserbringer*innen häufig verunsichert und reizen die Therapiemöglichkeiten, die durch den rechtlichen Rahmen – über § 6 des AsylbLG – theoretisch gegeben wären, nur eingeschränkt aus (Razum et al., 2016).

Was die psychotherapeutische Versorgung angeht, so kann prinzipiell über § 6 AsylbLG zumindest eine Kurzzeittherapie beantragt werden (Frank et al., 2017). Im aktuellen Jahresbericht der *Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF)* wird jedoch deutlich, dass der Versorgungsbedarf Asylsuchender mit psychotherapeutischem Angebot trotz der rechtlichen Möglichkeit nicht gedeckt ist (Mohammed & Karato, 2022). So sei die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz der beteiligten psychosozialen Zentren (PSZ), in denen vornehmlich Menschen behandelt werden, deren Therapie über § 6 AsylbLG abgerechnet wird, im Jahr 2020 mit 6,7 Monaten (ebd.) deutlich höher gewesen als die von Patient*innen der gesundheitlichen Regelversorgung, wo sie 22 Wochen (entspricht 5,5 Monate) betrug (Deutsches Ärzteblatt, 2021). Zudem hätten über 9.720 Personen auf der Suche nach Beratung, Therapie oder sonstigen Angeboten abgelehnt werden müssen (Mohammed & Karato, 2022).

Neben den unzureichenden Versorgungsstrukturen sind auch Sprachbarrieren ein wichtiges Hindernis für eine adäquate Behandlung. Während bei Leistungen über §§ 4 und 6 AsylbLG Kosten für Dolmetscher*innen regulär übernommen werden, übernehmen die Krankenkassen, über welche die Gesundheitsversorgung nach 15 Monaten läuft, diese Kosten nicht (Frank et al., 2017). In diesem Fall kann eine Kostenübernahme über das Sozialamt oder Jobcenter laufen; jedoch sind dies Ermessensleistungen und werden häufig abgelehnt (Metzner et al., 2016).

Zu den hier aufgeführten Barrieren kommen ferner mangelnde Information zum deutschen Gesundheitssystem und gesundheitsrelevanten Rechten bei Asylbewerber*innen sowie Alltagsrassismus hinzu, die den Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung behindern (Führer & Eichner, 2015).

Es ist deutlich, dass die Entwicklung eines Screeningprogramms auf psychische Erkrankungen bei Asylsuchenden Hand in Hand gehen muss mit dem Ausbau einheitlicher und barrierearmer Behandlungsstrukturen. Es ist sogar wissenschaftlich nachgewiesen, dass die zeitnahe Zuführung in die Regelversorgung dem Gebot der Ökonomie eher entspricht als die aktuelle Regelung (Bozorgmehr & Razum, 2015).

Neben dem medizinischen Aspekt des Zuführens zu adäquater Diagnostik und Therapie der per Screening positiv Getesteten hat das Herausfinden von Verdachtsfällen im Rahmen des Asylverfahrens noch eine wichtige juristische Reichweite. Die besondere Schutzbedürftigkeit, deren Beurteilung laut § 24 der EU-Aufnahmerichtlinie „innerhalb einer angemessenen Frist nach Eingang eines Antrags auf internationalen Schutz in die Wege geleitet“ (Richtlinie 2013/33/EU, 2013) werden soll, ist Grundlage für Verfahrensgarantien, die es gewährleisten sollen, das Asylverfahren unter fairen Bedingungen zu durchlaufen (vom Felde et al., 2020). Diese sind in der EU-Verfahrensrichtlinie (Richtlinie 2013/33/EU, 2013) definiert, die ebenso wie die Aufnahmerichtlinie 2013 verabschiedet wurde. Beide Richtlinien hätten bis zum 01.07.2015 in deutsches Recht umgesetzt werden müssen (ebd.). Ein Vertragsverletzungsverfahren der EU gegen Deutschland wegen fehlender Umsetzung wurde im Oktober 2019 eingestellt mit der Begründung, „dass die rechtlichen Vorgaben mittlerweile in nationales Recht umgesetzt worden seien“ (ebd., S. 11). Im Bericht der BAfF mit dem Titel „Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen“ von 2020 wird jedoch festgestellt, dass sich „[a]uf Länderebene [...] die Entwicklung von Konzepten für die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit uneinheitlich [gestaltet]“ (ebd., S. 14). Die Autorinnen identifizieren hier vier unterschiedliche Herangehensweisen: strukturierte Verfahren, Verweis auf psychologische/psychiatrische Sprechstunden, Ausbau von Versorgungsstrukturen und kein Ansatz zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit (ebd.). Sie kommen in ihrer Analyse zu folgendem Schluss:

„Eine Identifizierung, die möglichst alle Bedarfe erfasst, muss eine frühzeitige Aufklärung der Schutzsuchenden, ein freiwilliges Screeningangebot oder eine andere Art der strukturierten Identifizierung, eine darauf aufbauende Diagnostik und Bedarfsermittlung und anschließende Leistungsgewährung beinhalten. Dabei müssen Abläufe und Ansprechpersonen klar definiert und für alle Beteiligten erkennbar und erreichbar sein. Erst durch ein deutschlandweites Verfahren nach diesen Vorgaben kann eine systematische Identifizierung stattfinden, durch die Deutschland seinen europäischen Verpflichtungen nachkommt und die Rechte besonders schutzbedürftiger Geflüchteter wahrt“ (vom Felde et al., 2020, S. 74).

Demnach steht noch aus, mit der Etablierung eines einheitlichen Verfahrens den europäischen Verpflichtungen nachzukommen. Basierend auf den Ergebnissen der in dieser Arbeit vorgestellten Studie, ist der RHS-15 ein empfehlenswertes Screeningtool, um im Rahmen eines solchen Verfahrens besondere Schutzbedürftigkeit hinsichtlich psychischer Vulnerabilität zu erfassen. Aufgrund der deutlichen Unterschiede der Symptomausprägung über die Zeit, die hier sichtbar geworden sind, sollte ein solches Screening zu zwei Zeitpunkten erfolgen, um Betroffene einerseits möglichst früh zu erfassen und andererseits auch eine Identifizierung jener zu ermöglichen, die erst in späterem Verlauf klinisch symptomatisch werden.

6.3. Prävalenzeinschätzungen psychischer Morbidität bei Asylsuchenden

Der hohe Anteil an via RHS-15 positiv gescreeenten Proband*innen (79,7%) in der hier vorgestellten Studie spricht für eine große Krankheitslast in der untersuchten Population. Trotzdem muss einschränkend gesagt werden, dass ein Screening-Instrument Prävalenzen per definitionem überschätzt, da in diesem Falle einer höheren Sensitivität Vorrang gegeben wird und so mehr falsch Positive in Kauf genommen werden (Moosbrugger & Kelava, 2020). Daher sollte bei einer erneuten Erhebung mit RHS-15 eine Diagnostik angeschlossen werden, um die Prävalenzen zu präzisieren. Auch wäre es wichtig, zukünftig die weiter oben diskutierte Selektionsbias auszuschließen, um die Repräsentativität der Daten zu sichern. So müsste, um der Gesamtheit Asylsuchender in Deutschland Rechnung zu tragen, das Angebot an Sprachen für den RHS-15 ausgeweitet werden (siehe Kapitel 5.1 und 5.2. dieser Arbeit). Auch könnte eine repräsentativere Kohorte erfasst werden, wenn der RHS-15

beispielsweise im Rahmen der gesetzlich festgelegten medizinischen Erstuntersuchung, die alle Asylsuchenden unterlaufen müssen, integriert würde. Dies war ursprünglich vom Studiendesign so vorgesehen, jedoch versperrte sich die Leitung der HEAE dagegen. Hier wurde deutlich, inwiefern politische und bürokratische Rahmenbedingungen Einfluss auf die Durchführung der Studie haben. Laut Sveaass (2006) vom Norwegischen Zentrum für Gewalt- und traumatische Stressstudien ist die politische Lage in den Aufnahmeländern für Geflüchtete dadurch bestimmt, „ob es sich um den Willen drehe, diejenigen, die ankommen, aufzunehmen und zu beschützen oder aber [...] um die Tendenz, zu verweigern oder zu unterlassen und zugleich Argumente zur Diskriminierung und Ausweisung zu finden“ (ebd., S. 7). Bei der hier vorgestellten Untersuchung zeigten sich innerhalb desselben Bundeslandes beide dieser gegenläufigen Tendenzen. Während die Kooperation zwischen Forschungsteam und Leitung der HEAE sich schwierig gestaltete und die Repräsentativität der untersuchten Kohorte bedeutend beeinflusste, wurde das Forschungsanliegen vom Leiter des Team Asyl des Landkreises Gießen positiv und im Sinne der Gesundheit der Betroffenen aufgenommen, wodurch der Zugang zu den Gemeinschaftsunterkünften erheblich leichter war. Dieser erfolgte dann direkt über die zuständigen Sozialarbeiter*innen, die die Bewohner*innen informierten.

In ihrem Artikel zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung für Asylsuchende und Geflüchtete in Deutschland stellen Frank et al. (2017) fest, dass weiterhin Bedarf an nationaler systematischer Datensammlung als Basis für angemessene medizinische Versorgung besteht. Seit 2015, dem Erhebungsjahr der in dieser Arbeit vorgestellten Daten, hat sich bezüglich der Erforschung psychischer Morbidität bei Asylsuchenden einiges getan (siehe Kapitel 2.2. und 5.3.2. dieser Arbeit). Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass nur eine Minderheit der aktuellen Studien diagnostische Tools verwendet. Hoell et al. (2021) erstellten ein systematisches Review von Studien, die zwischen 2000 und Mai 2020 zu Prävalenz von depressiven Symptomen und Symptomen von PTSD bei neu in Deutschland ankommenden Asylsuchenden und Geflüchteten veröffentlicht wurden. Hier ermittelten sie, dass 68% der erfassten Studien für PTSD alleinig Screening-Tools verwendeten, während dies für depressive Symptome in 80% der Studien der Fall war.

Hinsichtlich der aktuell mangelhaften Versorgungsstruktur ist es jedoch ein wichtiger Anfang, wissenschaftlich zu erfassen, *dass* Bedarf an psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung für Asylsuchende da ist, um eine Argumentationsgrundlage bei den politischen Entscheidungsträger*innen zu haben. Zum einen kann somit die Notwendigkeit aktueller Therapieangebote bekräftigt werden, zum anderen kann der Ausbau weiterer Versorgungsstrukturen hiermit begründet werden. Die Daten der hier vorgestellten Studie beispielsweise konnten gegenüber dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration epidemiologisch den Bedarf für ein psychosoziales Zentrum (PSZ) für Asylsuchende der HEAE und der GUs des Kreises Gießen untermauern, der durch das Traumanetzwerk Mittelhessen, einen Zusammenschluss von professionell und ehrenamtlich bei Unterstützung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten Involvierten, vorgebracht wurde (Hanewald et al., 2022). Dieses PSZ wurde schließlich 2017 in Gießen gegründet und erhält nun jährlich staatliche Finanzierung durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (ebd.).

Neben dem generellen Forschungsbedarf bezüglich psychischer Morbidität bei Asylsuchenden ist es aufgrund uneindeutiger Datenlage (siehe Kapitel 5.3.4.) weiter erforderlich, mögliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu erforschen, um verstehen zu können, ob und inwiefern Geschlecht eine wichtige Determinante hinsichtlich psychischer Gesundheit in dieser Personengruppe darstellt.

7.1. Zusammenfassung

In Übereinstimmung mit der EU-Richtlinie 2013/33/EU, die die „Beurteilung innerhalb einer angemessenen Frist“ (Kapitel IV, Art. 22, Abs. 1, EU-Richtlinie 2013/33/EU) für besondere Schutzbedürftigkeit von Asylsuchenden verlangt, wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit im Zeitraum vom 27.05.2015 bis zum 14.08.2015 die Anwendbarkeit des Screening-Fragebogens Refugee Health Screener (RHS-15) bei Bewohner*innen der Hessischen Erstaufnahmeeinrichtung (HEAE) und der Gemeinschaftseinrichtungen für Asylsuchende (GUs) im Landkreis Gießen überprüft.

Als interkulturell validierter Fragebogen, der Traumata nicht spezifisch abfragt und somit einen möglichen Auslöser für eine Retraumatisierung weitgehend ausschließt, während er gleichzeitig sensitiv ist für Symptome der drei häufigsten psychischen

Traumafolgen (PTSD, Angststörungen, Depressionen), erweist sich der RHS-15 als geeignetes Instrument, um die besonders vulnerable Gruppe der Asylsuchenden hinsichtlich der Häufigkeit von Traumafolgestörungen zu untersuchen.

Spezifisch wurden folgende Gütekriterien betrachtet: Ökonomie, äußere Gestaltung, Transparenz, Nützlichkeit, Zumutbarkeit, Unverfälschbarkeit, Akzeptanz, Testfairness und Standardisierung. Während die meisten Kriterien positiv beurteilt werden konnten, wurde für die Kriterien „äußere Gestaltung“, „Testfairness“ und „Standardisierung“ Anpassungsbedarf für die zukünftige Anwendung festgestellt. So kann zukünftig auf Frage 15 (*Distress Thermometer*) verzichtet werden, da dieses Item vermehrt Fragen unter den Teilnehmenden aufwarf und keinen Zugewinn an Information bot. Die Testfairness sollte durch Einschluss der mangels passender Fragebögen in der Untersuchung ausgeschlossenen Sprachgruppen (u. a. Albanisch, Mazedonisch, Serbisch) und eine für Analphabet*innen konzipierte Audio-Version verbessert werden. Zudem sollte das Setting standardisiert werden, um einerseits das Ergebnis durch Austausch in Gruppen nicht zu beeinflussen und zum anderen ein Selektionsbias zu verhindern.

Im Falle der HEAE befand sich der Ort der Untersuchung, bedingt durch behördliche Entscheidungen, außerhalb der eigentlichen Einrichtung, wodurch häufiger potentiell Gesündere, die das Gelände der HEAE physisch verlassen konnten, gescreent wurden. Das aufsuchende Setting innerhalb der GUs erfasste mobilere Teilnehmer*innen möglicherweise seltener, da diese sich häufiger außerhalb aufhielten als eher zurückgezogene potentiell kränkere. Neben dem Erforschen der Anwendbarkeit des RHS-15 sollte über die Screening-Ergebnisse auch eine Einschätzung der psychischen Morbidität für Asylsuchende im Kreis Gießen zum Erfassungszeitpunkt erfolgen.

Mit insgesamt 79,7% positiv Gescreenten ($n = 232$) gaben die Ergebnisse Hinweise auf eine bedeutende Krankheitslast. Insgesamt screenten in den GUs ($n = 112$) mit 83,3% mehr positiv als in der HEAE ($n = 118$), wo 76,2% ein positives Screeningergebnis hatten. Auch war der Median des Scores der Fragen 1–14 mit 22 in den GUs höher als in der HEAE, wo er bei 18 lag. Es konnte eine geringe positive Korrelation (Pearson's $r = 0,213$) von Aufenthaltsdauer und Screening-Score ermittelt werden. Als mögliche Erklärungsmodelle zur Verschlechterung des Gesundheitszustands über die Zeit

kommen der „honeymoon effect“, Selektionseffekte und die besonderen Belastungen des Asylverfahrens, die die psychische Symptomatik modulieren, in Betracht.

7.2. Summary

In accordance with Directive 2013/33/EU of the European Union, which requests that asylum seekers' special need for protection be assessed “within a reasonable period of time” (Chapter IV, Art. 22(1), Directive 2013/33/EU), this study examines the applicability of the Refugee Health Screener (RHS-15) questionnaire for residents of the Hessian Initial Reception Centre (*Hessische Erstaufnahmeeinrichtung*, HEAE in the following) and of the communal accommodations for asylum seekers within the administrative district of Gießen during the period 27/05/2015 – 14/08/2015.

As an interculturally validated questionnaire that doesn't specifically enquire into traumatic experiences and thus largely avoids potentially triggering re-traumatization – while at the same time being a sensitive tool for recognizing symptoms of the three major psychological consequences of trauma (PTSD, anxiety disorder, and depression) – the RHS-15 proves to be a suitable instrument to investigate the prevalence of trauma-related disorders within the particularly vulnerable group of asylum seekers.

The following specific quality criteria were applied: economy, external design, transparency, utility, reasonableness, susceptibility, acceptance, test fairness and standardization. While most criteria were adequately fulfilled, it was considered necessary to adapt the criteria of “external design”, “test fairness” and “standardization” for future application.

Accordingly, question 15 (*Distress Thermometer*) can in future be dispensed with as this item frequently generated questions within the group of participants while offering no positive gain in information. Test fairness can be improved by including the language groups omitted from the study due to lack of suitable questionnaires (Albanian, Macedonian, Serbian, and others) and by an audio version designed for illiterate persons.

Furthermore, the setting should be standardized to prevent results from being influenced through exchanges within the group of participants and also to avoid selection bias. In the case of the HEAE, the study had to take place outside the facility itself due to official regulations. More healthy persons, who were physically able to leave the HEAE

facilities, were thus potentially more frequently screened. The visiting situation within the communal accommodation potentially captured more mobile participants less frequently because these spent more time outside the accommodation than did reclusive, potentially less fit persons. Apart from testing the applicability of the RHS-15 questionnaire, the screening results were used to estimate the mental disorder morbidity rate among asylum seekers in the administrative district of Gießen at the time of assessment.

79.7% of participants (n = 232) screened positive, which points to a significant burden of disease.

Overall, more persons in the communal accommodation facilities screened positive (83.3%, n = 112) than those in the HEAE (76.2%, n = 118). Also, the median score for questions 1–14 was higher in the communal accommodation (M = 22) than in the HEAE (M = 18). A low positive correlation (Pearson's $r = 0,213$) between duration of stay and screening score was ascertained. Possible explanations for deterioration in mental health over time are the “honeymoon effect”, the effects of selection, and the particular stress, modulating psychological symptoms, caused by the asylum procedure.

8. Literaturverzeichnis

- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V. & Cuneo, J. G. (2014). Psychological Trauma and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2–11.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000010>
- Ahmadi, N., Hajsadeghi, F., Mirshkarlo, H. B., Budoff, M., Yehuda, R. & Ebrahimi, R. (2011). Post-traumatic Stress Disorder, Coronary Atherosclerosis, and Mortality. *American Journal of Cardiology*, 108(1), 29–33.
<https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.02.340>
- Aksay, G., Kaptanoglu, C. & Özaltin, M. (2000, Juni). Case report: Eating disorder following torture. *European Psychiatry*, 282–283.
- Albers, H. M. (2012). *Lebensbedingungen und psychische Gesundheit der Bewohner der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber*. Julius-Maximilians-Universität Würzburg.
- Alemi, Q., James, S., Cruz, R., Zepeda, V. & Racadio, M. (2014). Psychological Distress in Afghan Refugees: A Mixed-Method Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(6), 1247–1261.
<https://doi.org/10.1007/s10903-013-9861-1>
- American Psychiatric Association (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (P. Falkai, H.-U. Wittchen, M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß & M. Zaudig, Hrsg.; 2. Aufl.). Hogrefe.
<https://doi.org/10.1026/02803-000>
- Araújo, A. X., Berger, W., Coutinho, E. S. F., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Cabizuca, M., Fiszman, A., Figueira, I. & Mendlowicz, M. V. (2014). Comorbid depressive symptoms in treatment-seeking PTSD outpatients affect multiple domains of quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 56–63.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.09.004>

- Ashaba, S., Kakuhikire, B., Vořechovská, D., Perkins, J. M., Cooper-Vince, C. E., Maling, S., Bangsberg, D. R. & Tsai, A. C. (2018). Reliability, Validity, and Factor Structure of the Hopkins Symptom Checklist-25: Population-Based Study of Persons Living with HIV in Rural Uganda. *AIDS and Behavior*, 22(5), 1467–1474. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1843-1>
- Asylbewerberleistungsgesetz (2022). <https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/>
- Asylgesetz (2019). https://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/__44.html
- Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg. (2014). *Gesundheitsversorgung Ausländer. Best Practice Beispiele aus Hamburg. Bericht der Fachtagung am 8. Dezember 2014 in der Landesvertretung Hamburg in Berlin.*
- Belz, M., Belz, M., Özkan, I. & Graef-Calliess, I. T. (2017). Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees: Assessment of a sample from a German refugee reception center. *Transcultural Psychiatry*, 54(5–6), 595–610. <https://doi.org/10.1177/1363461517745473>
- Berthold, S. M., Mollica, R. F., Silove, D., Tay, A. K., Lavelle, J. & Lindert, J. (2019). The HTQ-5: Revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *European Journal of Public Health*, 29(3), 468–474. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky256>
- Bethke, M. & Daub, J. (2020). Asyl- und Aufenthaltsrechtliche Aspekte. In M. Brandmaier, B. Bräutigam, S. B. Gahleitner & D. Zimmermann (Hrsg.), *Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung Geflüchteter: Ein Praxisleitfaden* (S. 38–66). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Boettcher, V. S. & Neuner, F. (2022). The impact of an insecure asylum status on mental health of adult refugees in Germany. *Clinical Psychology in Europe*, 4(1), e6587. <https://doi.org/10.32872/cpe.6587>

- Bookwalter, D. B., Roenfeldt, K. A., LeardMann, C. A., Kong, S. Y., Riddle, M. S. & Rull, R. P. (2020). Posttraumatic stress disorder and risk of selected autoimmune diseases among US military personnel. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 1–23.
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-2432-9>
- Borho, A., Morawa, E. & Erim, Y. (2022). Screening der psychischen Gesundheit von syrischen Geflüchteten in Deutschland: Der Refugee Health Screener. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *68*(3), 269–282.
<https://doi.org/10.13109/zptm.2022.68.oa1>
- Böttcher, M., Stammel, N., Meyer, C. & Schumacher, T. (2020). *Testpsychologische Instrumente zur Beurteilung der psychischen Gesundheit von Asylsuchenden und Geflüchteten: Bestandsaufnahme und Beurteilung, Bericht zu Händen des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit.* (S. 42). Zentrum Überleben.
- Bowler, R. M., Kornblith, E. S., Li, J., Adams, S. W., Gocheva, V. V., Schwarzer, R. & Cone, J. E. (2016). Police officers who responded to 9/11: Comorbidity of PTSD, depression, and anxiety 10-11 years later: Comorbidity of PTSD. *American Journal of Industrial Medicine*, *59*(6), 425–436.
<https://doi.org/10.1002/ajim.22588>
- Bozorgmehr, K. & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLOS ONE*, *10*(7), e0131483.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>
- Brandi, J. F. (2011). *Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern, Risiko- und Schutzfaktoren während des Asylverfahrens und Möglichkeiten der Sekundärprävention.*
<http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Diplomarbeit-Julika-Brandi.pdf>

- Brandmaier, M. (2013). „Ich hatte hier nie festen Boden unter den Füßen“.
Traumatisierte Flüchtlinge im Exil. In R. E. Feldmann & G. H. Seidler (Hrsg.),
Traum(a) Migration (1. Aufl., S. 15–35). Psychosozial-Verlag.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for
posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting
and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Brislin, R. W. (1970). Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-
Cultural Psychology*, 1(3), 185–216.
<https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Brücker, H., Rother, N. & Schupp, J. (2017). *IAB-BAMF-SOEP-Befragung von
Geflüchteten 2016: Studiendesign, Feldergebnisse sowie Analysen zu
schulischer wie beruflicher Qualifikation, Sprachkenntnissen sowie kognitiven
Potenzialen* (S. 86). Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.563710.de/diwkompakt_2017-123.pdf
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016). *Das Bundesamt in Zahlen 2015. Asyl,
Migration und Integration* (S. 120). Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2015). *BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen
bei Flüchtlingen*.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und
Folteropfer (Hrsg.) (2006). *Begutachtung Traumatisierter Flüchtlinge*. von
Loeper Literaturverlag.
- Caramanica, K., Brackbill, R., Liao, T. & Stellman, S. D. (2014, Dezember).
Comorbidity of 9/11-Related PTSD and Depression in the World Trade Center
Health Registry 10–11 Years Postdisaster. *Journal of Traumatic Stress*, 680–688.

Creamer, M., Burgess, P. & Mcfarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31(07), 1237–1247.
<https://doi.org/10.1017/S0033291701004287>

Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung), (2013).
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF>

De Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W. & Somasundaram, D. (2001). Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. *The journal of the American Medical Association*, 286(5), 555–562.

Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten (2003). <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003L0009:de:HTML>

deRoon-Cassini, T. A., Mancini, A. D., Rusch, M. D. & Bonanno, G. A. (2010). Psychopathology and resilience following traumatic injury: A latent growth mixture model analysis. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1037/a0018601>

Deutsches Ärzteblatt. (2021, Januar 25). *Psychotherapie: Fragen für eine gerechte Versorgung*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/120474/Psychotherapie-Fragen-fuer-eine-gerechte-Versorgung>

Dilling, H. & Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (5., überarb. Aufl. nach ICD-10-GM 2011). Huber.

- Dimitrova, M., Gologanova, K., Friele, B., Rüfer, J., Kroó, A., Káplany, S., Hárdi, L., Ficek, R., Lay, V., Paintoux, M., de Rengervé, H., den Otter, J., Boillat, J., Duterte, P., Vloeberghs, E. & Bloemen, E. (2011). *PROTECT. Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to Facilitate Care and Treatment* (S. 48). ACET, bzfo-zfm, Cordelia Foundation, FTDA, IRCT, PHARAOS.
- Dowling, A., Enticott, J. & Russell, G. (2017). Measuring self-rated health status among resettled adult refugee populations to inform practice and policy – a scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 817.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2771-5>
- Dressing, H. & Meyer-Lindenberg, A. (2008). Simulation bei posttraumatischer Belastungsstörung. *Versicherungsmedizin*, 8–13.
- European Asylum Support office. (2021, Juni 9). *Easy tool for identification of persons with special needs*. European Asylum Support office.
<https://ipsn.easo.europa.eu/de/easo-tool-identification-persons-special-needs>
- Farmer, B. (2011). *RHS-15 Replication Packet*. Pathways to Wellness.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie: Mit 20 Tabellen* (4., aktualisierte und erw. Aufl). Reinhardt.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202–210.
- Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A., Rommel, A. & Lampert, T. (2017). *Health and healthcare provision to asylum seekers and refugees in Germany*. <https://doi.org/10.25646/2526>

- Führer, A. & Eichner, F. (2015). *Verloren im Räderwerk. Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale)*. <http://medinetz-halle.de/wp-content/uploads/2015/12/Verloren-im-R%C3%A4derwerk.pdf>
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12–20. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.35.1.12>
- Gammouh, O. S., Al-Smadi, A. M., Tawalbeh, L. I. & Khoury, L. S. (2015). Chronic Diseases, Lack of Medications, and Depression Among Syrian Refugees in Jordan, 2013–2014. *Preventing Chronic Disease*, 12, E10. <https://doi.org/10.5888/pcd12.140424>
- Georgiadou, E., Morawa, E. & Erim, Y. (2017). High Manifestations of Mental Distress in Arabic Asylum Seekers Accommodated in Collective Centers for Refugees in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph14060612>
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2018). *Psychologie* (T. Dörfler & J. Roos, Hrsg.; A. Klatt, Übers.; 21., aktualisierte und erweiterte Auflage). Pearson.
- Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet, (2005). http://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/_60a.html
- Gesetzentwurf der Bundesregierung. Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren, (2016).
- Gierlichs, H. W. (2013). Grenzen und Möglichkeiten der Begutachtung in asylrechtlichen Verfahren. In K. Altenhain, J. Kruse, I. Hagemeyer & M. Hofmann (Hrsg.), *Folter vor Gericht* (S.113-140). V&R unipress GmbH.

- Gierlichs, H. W., van Keuk, E., Greve, C., Wenk-Ansohn, M., Flatten, G., Hartmann, C., Liebermann, P., Rottländer, M., Weber, T. & Wirtgen, W. (2005). Grenzen und Möglichkeiten klinischer Gutachten im Ausländerrecht. *Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik*, 25(5), 158–163.
- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Freyberger, H. J., Dilling, H. & John, U. (2001). Lifetime-comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 130–135.
- Guarnaccia, P. J. & Kirmayer, L. J. (1997). Cultural considerations for anxiety disorders. In T. A. Widinger, A. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First & R. W. Davis (Hrsg.), *DSM-IV Sourcebook* (Bd. 3, S. 925–932). American Psychiatric Press.
- Gupta, M. A., Jarosz, P. & Gupta, A. K. (2017). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and the dermatology patient. *Clinics in Dermatology*, 35(3), 260–266.
<https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.01.005>
- Gysi, J. (2021). *Diagnostik von Traumafolgestörungen*. Hogrefe.
<https://doi.org/10.1024/86011-000>
- Haenel, F. (2015). Special Problems in the Assessment of Psychological Sequelae of Torture. In M. Schouler-Ocak (Hrsg.), *Trauma and Migration: Cultural Factors in the Diagnosis and Treatment of Traumatised Immigrants*. Springer.
- Haenel, F. & Wenk-Ansohn, A. (Hrsg.). (2004). *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgestörungen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren*. Beltz Verlag.
- Hagengimana, A., Hinton, D., Bird, B., Pollack, M. & Pitman, R. K. (2003). Somatic panic-attack equivalents in a community sample of Rwandan widows who survived the 1994 genocide. *Psychiatry Research*, 117(1), 1–9.
[https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00301-3](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00301-3)

- Hanewald, B., Berthold, D. & Stingl, M. (2023). Does the Human Right to Healthcare Apply Universally? A Contribution from a Trauma Therapeutic Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(15), 6492. <https://doi.org/10.3390/ijerph20156492>
- Hanewald, B., Giesecking, J., Vogelbusch, O., Markus, I., Gallhofer, B. & Knipper, M. (2015). Asylrecht und psychische Gesundheit: Eine interdisziplinäre Analyse des Zusammenwirkens medizinischer und juristischer Aspekte. *Psychiatrische Praxis*. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552730>
- Hanewald, B., Knipper, M., Daub, J., Ebert, S., Bogdanski, C., Hinder, L., Hall, M., Berthold, D. & Stingl, M. (2022). Addressing the Mental Health Challenges of Refugees—A Regional Network-Based Approach in Middle Hesse Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13436. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013436>
- Hanewald, B., Knipper, M., Fleck, W., Pons-Kühnemann, J., Hahn, E., Ta, T. M. T., Brosig, B., Gallhofer, B., Mulert, C. & Stingl, M. (2020). Different Patterns of Mental Health Problems in Unaccompanied Refugee Minors (URM): A Sequential Mixed Method Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 324. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00324>
- Hanewald, B. & Stingl, M. (Hrsg.). (2020). *Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung Geflüchteter: Ein Praxisleitfaden*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Harvard Program in Refugee Trauma (2021, Juni 14). *Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)*. <http://hpert-cambridge.org>.
<http://hpert-cambridge.org/screening/hopkins-symptom-checklist/>
- Herlihy, J. & Turner, S. (2006). Should discrepant accounts given by asylum seekers be taken as proof of deceit? *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 16(2), 81–92.

- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377–391.
- Hinton, D. E. & Lewis-Fernández, R. (2010). Idioms of Distress Among Trauma Survivors: Subtypes and Clinical Utility. *Culture, Medicine, and Psychiatry, 34*(2), 209–218. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9175-x>
- Hinton, D. E. & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: Implications for DSM-5. *Depression and anxiety, 28*(9), 783–801.
- Hoell, A., Kourmpeli, E., Salize, H. J., Heinz, A., Padberg, F., Habel, U., Kamp-Becker, I., Höhne, E., Böge, K. & Bajbouj, M. (2021). Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open, 7*(3), e93. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.54>
- Hofmann, S. G. & Hinton, D. E. (2014). Cross-Cultural Aspects of Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports, 16*(6), 450. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0450-3>
- Hollifield, M., Toolson, E. C., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Yamazaki, J., Woldehaimanot, T. & Holland, A. (2016). Effective Screening for Emotional Distress in Refugees: The Refugee Health Screener. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 204*(12), 1033–1038. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000469>
- Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., Holland, A., St. Clair, J. & SooHoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry, 35*(2), 202–209. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.12.002>

- Hollifield, M., Warner, T. D., Jenkins, J., Sinclair-Lian, N., Krakow, B., Eckert, V., Karadaghi, P. & Westermeyer, J. (2006). Assessing war trauma in refugees: Properties of the Comprehensive Trauma Inventory-104. *Journal of Traumatic Stress, 19*(4), 527–540. <https://doi.org/10.1002/jts.20137>
- Hollifield, M., Warner, T. D., Krakow, B., Jenkins, J. & Westermeyer, J. (2009). The Range of Symptoms in Refugees of War: The New Mexico Refugee Symptom Checklist-121. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(2), 117–125. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31819642dc>
- Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J., Stevenson, J. & Westermeyer, J. (2002). Measuring Trauma and Health Status in Refugees: A Critical Review. *JAMA, 288*(5), 611–621. <https://doi.org/10.1001/jama.288.5.611>
- Huber, M. (2012). *Trauma und die Folgen* (5. Aufl). Junfermann.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt, 85*(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Jakobsen, M., Thoresen, S. & Johansen, L. E. E. (2011). The Validity of Screening for Post-traumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems among Asylum Seekers from Different Countries. *Journal of Refugee Studies, 24*(1), 171–186. <https://doi.org/10.1093/jrs/feq053>

- Johnson-Agbakwu, C. E., Allen, J., Nizigiyimana, J. F., Ramirez, G. & Hollifield, M. (2014). Mental health screening among newly arrived refugees seeking routine obstetric and gynecologic care. *Psychological Services, 11*(4), 470–476.
<https://doi.org/10.1037/a0036400>
- Jung, F. (2011). *Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender*. Gesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen.
- Kaltenbach, E., Härdtner, E., Hermenau, K., Schauer, M. & Elbert, T. (2017). Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: The Refugee Health Screener. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup2), 1389205.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1389205>
- Keilson, H. (2005). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen* (Unveränd. Nachdruck d. Ausg. v. 1979). Psychosozial-Verlag.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L. T., Walters, E. E. & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine, 32*(6), 959–976.
<https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048–1060.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Khan, M. M. (1962). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child, 18*, 286–306.

- Kimbrel, N. A., Meyer, E. C., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B. & Morissette, S. B. (2016). A 12-Month prospective study of the effects of PTSD-depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry Research*, 243, 97–99. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.011>
- Kirmayer, L. J. (2001). Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 22–30.
- Kleijn, W. C., Hovens, J. E. & Rodenburg, J. J. (2001). Posttraumatic stress symptoms in refugees: Assessments with the harvard trauma questionnaire and the hopkins symptom checklist-25 in different languages. *Psychological Reports*, 88(2), 527–532. <https://doi.org/10.2466/pr0.2001.88.2.527>
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British Journal of Psychiatry*, 151(4), 447–454. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.4.447>
- Knipper, M. & Bilgin, Y. (2009). *Migration und Gesundheit*. Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>
- Kröger, C., Frantz, I., Friel, P. & Heinrichs, N. (2016). Posttraumatische und depressive Symptomatik bei Asylsuchenden. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 66(09/10), 377–384. <https://doi.org/10.1055/s-0042-114045>
- Kruse, J., Brandmaier, M. & Hofmann, M. (2013). Die Folter bleibt nicht ohne Folgen. In K. Altenhain, J. Kruse, I. Hagemeister & M. Hofmann (Hrsg.), *Folter vor Gericht* (S.25–44). V&R unipress GmbH.

- Kubzansky, L. D., Koenen, K. C., Spiro, A., Vokonas, P. S. & Sparrow, D. (2007). Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Coronary Heart Disease in the Normative Aging Study. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 109–116. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.109>
- Kuittinen, S., García Velázquez, R., Castaneda, A. E., Punamäki, R.-L., Rask, S. & Suvisaari, J. (2017). Construct validity of the HSCL-25 and SCL-90-Somatization scales among Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/17542863.2016.1244213>
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A. & De Jong, J. T. V. M. (2004). Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in The Netherlands: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 843–851. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15>
- Lee, E. (1988). Cultural factors in working with Southeast Asian refugee adolescents. *Journal of Adolescence*, 11(2), 167–179. Periodicals Archive Online; Periodicals Index Online.
- Lewis-Fernández, R., Horvitz-Lennon, M., Blanco, C., Guarnaccia, P. J., Cao, Z. & Alegria, M. (2009). Significance of Endorsement of Psychotic Symptoms by US Latinos. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197(5), 337–347. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a2087e>
- Lhewa, D., Banu, S., Rosenfeld, B. & Keller, A. (2007). Validation of a Tibetan Translation of the Hopkins Symptom Checklist–25 and the Harvard Trauma Questionnaire. *Assessment*, 14(3), 223–230. <https://doi.org/10.1177/1073191106298876>

- Lie, B., Sveaass, N. & Eilertsen, D. E. (2004). Family, activity, and stress reactions in exile. *Community, Work & Family*, 7(3), 327–350.
<https://doi.org/10.1080/1366880042000295745>
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen.* (2. Aufl.). Pfizer.
- Lukaschek, K., Baumert, J., Kruse, J., Emeny, R. T., Lacruz, M. E., Huth, C., Thorand, B., Holle, R., Rathmann, W., Meisinger, C. & Ladwig, K.-H. (2013). Relationship between posttraumatic stress disorder and Type 2 Diabetes in a population-based cross-sectional study with 2970 participants. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(4), 340–345.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.12.011>
- Maercker, A. (Hrsg.) (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Mit 10 Tabellen und zahlreichen Fallbeispielen* (3., vollst. neu bearb. und erw. Aufl.). Springer.
- Maercker, A. (Hrsg.) (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Mit 40 Tabellen* (4., vollst. neu bearb. und erw. Aufl.). Springer.
- Maier, T. & Schnyder, U. (Hrsg.) (2007). *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch.* Huber Verlag.
- Malm, A., Tinghög, P., Narusyte, J. & Saboonchi, F. (2020). The refugee post-migration stress scale (RPMS) – development and validation among refugees from Syria recently resettled in Sweden. *Conflict and Health*, 14(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1186/s13031-019-0246-5>
- Marsella, A. J. (2010). Ethnocultural Aspects of PTSD: An Overview of Concepts, Issues, and Treatments. *Traumatology*, 16(4), 17–26.
<https://doi.org/10.1177/1534765610388062>

- Marsella, A. J., Dubanoski, J., Hamada, W. C. & Morse, H. (2000). The Measurement of Personality across Cultures: Historical, Conceptual, and Methodological Issues and Considerations. *American Behavioral Scientist*, 44(1), 41–62.
<https://doi.org/10.1177/00027640021956080>
- McCall, G. J. & Resick, P. A. (2003). A pilot study of PTSD symptoms among Kalahari Bushmen. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 445–450.
<https://doi.org/10.1023/A:1025702326392>
- Metzner, F., Reher, C., Kindler, H. & Pawils, S. (2016). Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(5), 642–651. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2340-9>
- Mewes, R., Friele, B. & Bloemen, E. (2018). Validation of the Protect Questionnaire: A tool to detect mental health problems in asylum seekers by non-health professionals. *Torture Journal*, 28(2), 56–71.
<https://doi.org/10.7146/torture.v28i2.106884>
- Miller, K. E., Kulkarni, M. & Kushner, H. (2006). Beyond trauma-focused psychiatric epidemiology: Bridging research and practice with war-affected populations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 409–422.
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.409>
- Miller, K. E., Omidian, P., Kulkarni, M., Yaqubi, A., Daudzai, H. & Rasmussen, A. (2009). The Validity and Clinical Utility of Post-traumatic Stress Disorder in Afghanistan. *Transcultural Psychiatry*, 46(2), 219–237.
<https://doi.org/10.1177/1363461509105813>
- Mohammed, L. & Karato, Y. (2022). *Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2022*.

- Mollica, R., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S. & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of nervous and mental disease*, 180(2), 111–116.
- Mollica, R., Wyshak, G., de Marneffe, D., Khuon, F. & Lavelle, J. (1987). Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: A screening instrument for the psychiatric care of refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144(4), 497–500. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.4.497>
- Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D. M., Brooks, R. & others. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal of Australia*, 185(7), 357-361.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.) (2020). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61532-4>
- Musebeni, K. (2019, September 12). *Wie wir Rassismus in der Sprache verhindern*. br.de. <https://www.br.de/puls/themen/leben/rassismus-in-der-sprache-100.html>
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Post-traumatic stress disorder the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Gaskell.
- Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L. & Glaesmer, H. (2020a). Health care needs among recently arrived refugees in Germany: A cross-sectional, epidemiological study. *International Journal of Public Health*, 65(6), 811–821. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01408-0>
- Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L. & Glaesmer, H. (2020b). Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: An epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1–11. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000325>

- Nickerson, A., Steel, Z., Bryant, R., Brooks, R. & Silove, D. (2011). Change in visa status amongst Mandaean refugees: Relationship to psychological symptoms and living difficulties. *Psychiatry Research*, *187*(1–2), 267–274.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.015>
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E. & Kaniasty, K. (2002). 60,000 Disaster Victims Speak: Part I. An Empirical Review of the Empirical Literature, 1981–2001. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *65*(3), 207–239. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173>
- Odenwald, M., Schmitt, T., Neuner, F., Ruf, M. & Schauer, M. (2006). Aussageverhalten von traumatisierten Flüchtlingen. Eine Untersuchung zum Vorbringen des eigenen Verfolgungsschicksals im Rahmen des Asylverfahrens. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, *14*, 225–253.
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B. & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, *44*(16), 1190–1198.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>
- Pathways to Wellness (2016, Juni 1). *Tool or Template: Refugee Health Screener-15 (RHS-15) Packet*. Switchboard. <https://switchboardta.org/resource/refugee-health-screener-15-rhs-15-packet/>
- Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners*. (2021, Juli 21).
<https://www.phqscreener.com/select-screener>
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta psychiatrica scandinavica*, *101*(1), 46–59.

- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M. & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 456–465. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.010>
- Pole, N., Best, S. R., Metzler, T. & Marmar, C. R. (2005). Why Are Hispanics at Greater Risk for PTSD? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11(2), 144–161. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.11.2.144>
- Polivy, J., Herman, C. P., Zeitlin, S. B. & Beal, A. L. (1994). Food restriction and binge eating: A study of former prisoners of war. *Journal of Abnormal Psychology*, 409–411.
- Poole, D., Liao, S., Larson, E., Hedt-Gauthier, B., Raymond, N. & Börnighausen, T. (2019). Implementation of a sequential screening process for depression in humanitarian crises: A validation study of the Patient Health Questionnaire in Syrian refugees. *The Lancet Global Health*, 7, 42. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30127-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30127-5)
- Potthast, N. & Catani, C. (2012). Trauma und Sucht: Implikationen für die Psychotherapie. *Sucht*, 58(4), 227–235. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000191>
- Raffle, A. & Muir Gray, J. A. (2009). *Screening: Durchführung und Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen* (1. Aufl). Huber.
- Razum, O., Wenner, J. & Bozorgmehr, K. (2016). Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 78(11), 711–714. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116231>
- Redfield, R. (1941). *The folk culture of the Yucatan*. University of Chicago Press.

- Renner, W. (2006). Kultursensible klinische Diagnostik von Traumafolgen. In K. Ottomeyer & W. Renner (Hrsg.), *Interkulturelle Traumadiagnostik* (S. 127–163). Klagenfurt: Drava Verlag.
- Renner, W., Salem, I. & Ottomeyer, K. (2006). Cross-cultural validation of measures of traumatic symptoms in groups of asylum seekers from Chechnya, Afghanistan and West Africa. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 34(9), 1101–1114. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.9.1101>
- Rey, G. D. (2021, Juni 16). *Methoden der Entwicklungspsychologie. Datenerhebung und Datenauswertung*. [methoden-psychologie.de](http://www.methodenpsychologie.de). <http://www.methodenpsychologie.de/nebengueterkriterien.html>
- Richter, K., Lehfeld, H. & Niklewski, G. (2015). Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. Waiting for Asylum: Psychiatric Diagnosis in Bavarian Admission Center. *Das Gesundheitswesen*, 77(11), 834–838. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1564075>
- Rosner, R. & Hagl, M. (2008). Die revidierte Impact of Event-Skala (IES-R). *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 2(4), 240–243. <https://doi.org/10.1007/s11800-008-0132-2>
- Rüger, B. (2002). *Test- und Schätztheorie: Band II: Statistische Tests*. R. Oldenbourg Verlag. <https://doi.org/10.1524/9783486599633>
- Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C. & Youngstrom, E. A. (2013). The Co-Occurrence of Major Depressive Disorder Among Individuals With Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis: Co-Occurring PTSD and MDD. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), 299–309. <https://doi.org/10.1002/jts.21814>

- Rzepka, I., Zehetmair, C., Nagy, E., Kindermann, D., Kölmel, C., Friederich, H.-C. & Nikendei, C. (2022). Psychische Belastung von Geflüchteten in vorläufigen Unterkünften des Rhein-Neckar-Kreises/Baden-Württemberg. *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 72(07), 325–328. <https://doi.org/10.1055/a-1729-1439>
- Sachs, E., Rosenfeld, B., Lhewa, D., Rasmussen, A. & Keller, A. (2008). Entering exile: Trauma, mental health, and coping among Tibetan refugees arriving in Dharamsala, India. *Journal of traumatic stress*, 21(2), 199–208.
- Sartorius, N., Davidian, H., Ernberg, G., Fenton, F. R., Gastpar, M., Gulbinat, W., Jablensky, A., Kielholz, P., Lehmann, H. E., Naraghi, M., Shimizu, M., Shinjuku, N. & Takahashi, R. (1983). *Depressive disorders in different cultures: Report on the WHO collaborative study on standardized assessment of depressive disorders*. World Health Organization.
- Schauer, M., Neuner, F., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C. & Elbert, T. (2003). PTSD and the building block effect of psychological trauma among West Nile Africans. *European Society for Traumatic Stress Studies Bulletin*, 10(2), 5–6.
- Shannon, P. J., Wieling, E., McCleary, J. S. & Becher, E. (2015). Exploring the Mental Health Effects of Political Trauma With Newly Arrived Refugees. *Qualitative Health Research*, 25(4), 443–457. <https://doi.org/10.1177/1049732314549475>
- Sigvardsson, E., Vaez, M., Rydholm Hedman, A.-M. & Saboonchi, F. (2016). Prevalence of torture and other warrelated traumatic events in forced migrants: A systematic review. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 26(2), 41–73.
- Sischka, P. E., Costa, A. P., Steffgen, G. & Schmidt, A. F. (2020). The WHO-5 well-being index – validation based on item response theory and the analysis of measurement invariance across 35 countries. *Journal of Affective Disorders Reports*, 1, 100020. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100020>

- Stahl, G. K. (1998). *Internationaler Einsatz von Führungskräften*. De Gruyter.
<https://doi.org/10.1515/9783486797145>
- Steel, Z. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 58–64.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007864>
- Steel, Z., Brooks, R., Harris, E., Bryant, R., Silove, D., Susljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Chey, T., le Touze, D., Ceollo, M. & Smith, M. (2007). The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSD, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers: A longitudinal study. *American journal of disaster medicine*, 2(6), 321–329.
- Steel, Z., Momartin, S., Silove, D., Coello, M., Aroche, J. & Tay, K. W. (2011). Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science & Medicine*, 72(7), 1149–1156. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.007>
- Stieglitz, R.-D. (2018). Hopkins-Symptom-Checkliste-25 (HSCL-25). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(1), 61–62.
<https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000340>
- Stingl, M. (2014). Die Anwendung von Screening-Verfahren für Traumafolgen im Asylverfahren. In J. Giesecking & P. Tiedemann (Hrsg.). *Flüchtlingsrecht in Theorie und Praxis* (S. 150–165). Nomos.
- Stingl, M. & Hanewald, B. (2020). *Gastbeitrag: Zu ethischen Aspekten von Screening bei Geflüchteten* (Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen., S. 8–9). Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - Baff.

- Stingl, M., Knipper, M., Hetzger, B., Richards, J., Yazgan, B., Gallhofer, B. & Hanewald, B. (2017). Assessing the special need for protection of vulnerable refugees: Testing the applicability of a screening method (RHS-15) to detect traumatic disorders in a refugee sample in Germany. *Ethnicity & Health*, 24(8), 897–908. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1379598>
- Stolk, Y., Kaplan, I. & Szwarc, J. (2014). Clinical use of the Kessler psychological distress scales with culturally diverse groups: The Kessler Scales with Culturally Diverse Groups. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(2), 161–183. <https://doi.org/10.1002/mpr.1426>
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., Chaudhry, H. R., Friedmann, A., Wenzel, T. & Schanda, H. (2001). Guilt and Depression: A Cross-Cultural Comparative Study. *Psychopathology*, 34(6), 289–298. <https://doi.org/10.1159/000049327>
- Sveaass, N. (2006). Vorwort. In Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hrsg.), *Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge* (S. 7–8). Loeper Literaturverlag.
- Tagay, S. & Senf, W. (2021, Juni 10). *Essener Traumainventar*. testzentrale.de. <https://www.testzentrale.de/shop/essener-trauma-inventar.html#1+2>
- Thapa, S. B. & Hauff, E. (2005). Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 672–679. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0943-9>
- The Beck Depression Inventory (TBDI)*. (2005, Dezember 9). vtpu.org.au. <https://web.archive.org/web/20080719163621/http://www.vtpu.org.au/resources/translatedinstruments/mi/mi-tbdi.php>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>

- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G. & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: Umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 11:51. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0>
- United Nations (o. J.). *The 17 goals*. United Nations. Abgerufen 26. April 2023, von <https://sdgs.un.org/goals>
- United Nations (1967). *International covenant on economic, social and cultural rights*.
- United Nations High Commissioner for Refugees (2013). *Frequently Asked Questions about Resettlement*. <http://www.unhcr.org/524c31666.pdf>
- United Nations High Commissioner for Refugees (2016). *Global trends. Forced displacement in 2015*. UNHCR.
- Ventevogel, P. & Faiz, H. (2018). Mental disorder or emotional distress? How psychiatric surveys in Afghanistan ignore the role of gender, culture and context. *Intervention*, 207–214.
- vom Felde, L., Flory, L. & Baron, J. (2020). *Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BafF.
- Weiss, D. S. (2007). The Impact of Event Scale: Revised. In J. P. Wilson & C. So-kum Tang (Hrsg.), *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD* (1. Aufl., S. 219–238). Springer.
- Weltgesundheitsorganisation (2016). *Internationale Klassifikationen psychischer Störungen: ICD–10 Kapitel V (F): diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt & E. Schulte-Markwort, Hrsg.; 6., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM (German Modification) 2016). Hogrefe.

- Weltgesundheitsorganisation (2020). *Vorsorgeuntersuchung und Screening: Ein kurzer Leitfaden. Wirksamkeit erhöhen, Nutzen maximieren und Schaden minimieren*.
Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- Wenk-Ansohn, M. & Gutteta, T. (2005). Therapeutische Arbeit mit Folterüberlebenden. Möglichkeiten und Hindernisse. *Psychosozial, II*(100), 37–49.
- Wenk-Ansohn, M., Scheef-Maier, G. & Gierlichs, H.-W. (2013). Zur Begutachtung psychisch-reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. In R. E. Feldmann & G. H. Seidler (Hrsg.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (S.283–302).
Psychosozial-Verlag.
- Wenk-Ansohn, M. & Schock, K. (2008). Verlauf chronischer Traumafolgen – zum Begriff Retraumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin, 4*, 59–72.
- Westermeyer, J., Vang, T. F. & Neider, J. (1983). A comparison of refugees using and not using a psychiatric service: An analysis of DSM-III criteria and self-rating scales in cross-cultural context. *Journal of Operational Psychiatry, 14*(1), 36–41.
- Western Sydney Local Health District. (2021, Juli 23). *Kessler 10*. Transcultural Mental Care Centre. <https://www.dhi.health.nsw.gov.au/transcultural-mental-health-centre-tmhc/resources/multilingual-resources-by-title/kessler-10?PagingModule=883&retain=true&pg=1>
- Wilson, J. M. G. & Jungner, G. (1968). *Principles and Practice of Screening for Disease*. World Health Organization.
- Winkler, J. G., Brandl, E. J., Bretz, H. J., Heinz, A. & Schouler-Ocak, M. (2019). Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. *Psychiatrische Praxis, 46*(04), 191–199.
<https://doi.org/10.1055/a-0806-3568>

World Health Organization. (2023, Mai). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*
(Version: 01/2023). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559>

9. Anhang

9.1. RHS-15

REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)

Pathways to Wellness

Integrating Refugee Health and Well-being

Creating pathways for refugee survivors to heal



ENGLISH VERSION

DEMOGRAPHIC INFORMATION

NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____
ADMINSTERED BY: _____ DATE OF SCREEN: _____
DATE OF ARRIVAL: _____ GENDER: _____ HEALTH ID #: _____

Developed by the *Pathways to Wellness* project and generously supported by the Robert Wood Johnson Foundation, The Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, The Medina Foundation, Seattle Foundation, and the Boeing Employees Community Fund.

Pathways to Wellness: Integrating Community Health and Well-being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Services, Public Health Seattle & King County, and Dr. Michael Hollifield. For more information, please contact Beth Farmer at 206-816-3252 or bfarmer@lcsnw.org.

REFUGEE HEALTH SCREENER (RHS-15)

Instructions: Using the scale beside each symptom, please indicate the degree to which the symptom has been bothersome to you over the past month. Place a mark in the appropriate column. If the symptom has not been bothersome to you during the past month, circle "NOT AT ALL."



SYMPTOMS	NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MODERATELY	QUITE A BIT	EXTREMELY
1. Muscle, bone, joint pains	0	1	2	3	4
2. Feeling down, sad, or blue most of the time	0	1	2	3	4
3. Too much thinking or too many thoughts	0	1	2	3	4
4. Feeling helpless	0	1	2	3	4
5. Suddenly scared for no reason	0	1	2	3	4
6. Faintness, dizziness, or weakness	0	1	2	3	4
7. Nervousness or shakiness inside	0	1	2	3	4
8. Feeling restless, can't sit still	0	1	2	3	4
9. Crying easily	0	1	2	3	4

The following symptoms may be related to traumatic experiences during war and migration. How much in the past month have you:

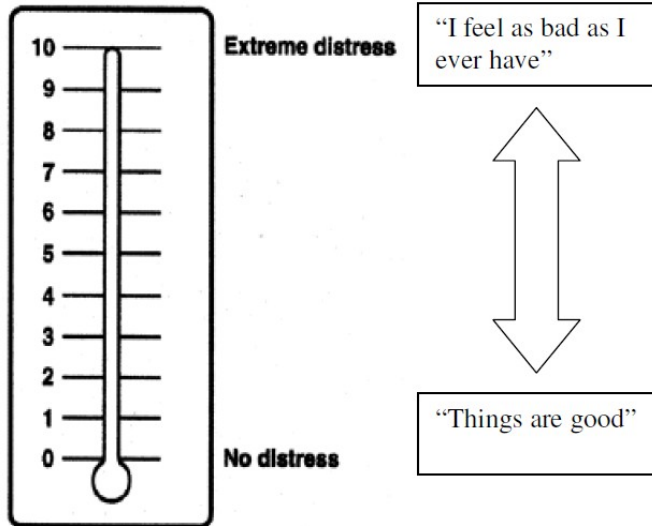
10. Had the experience of reliving the trauma; acting or feeling as if it were happening again?	0	1	2	3	4
11. Been having PHYSICAL reactions (for example, break out in a sweat, heart beats fast) when reminded of the trauma?	0	1	2	3	4
12. Felt emotionally numb (for example, feel sad but can't cry, unable to have loving feelings)?	0	1	2	3	4
13. Been jumpier, more easily startled (for example, when someone walks up behind you)?	0	1	2	3	4

REFUGEE HEALTH SCREENER (RHS-15)

14. Generally over your life, do you feel that you are:
- Able to handle (cope with) anything that comes your way0
 - Able to handle (cope with) most things that come your way1
 - Able to handle (cope with) some things, but not able to cope with other things.....2
 - Unable to cope with most things.....3
 - Unable to cope with anything4
- 15.

Distress Thermometer

FIRST: Please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.



ADD TOTAL SCORE OF ITEMS 1-14: ____

SCORING		
Screening is POSITIVE		
1. If Items 1-14 is ≥ 12 OR	Self administered: ____	
2. Distress Thermometer is ≥ 5	Not self administered: ____	
CIRCLE ONE:	SCREEN NEGATIVE	SCREEN POSITIVE REFER FOR SERVICES

9.2. Soziodemographischer Fragebogen

Anlage zum RHS-15

Erhebungsbogen zur Soziodemographie

0.1 VPN	
0.2 Tag der Untersuchung	
0.3 Interviewer/in	
0.4 Station / Einrichtung	

1. Biographie und Soziodemographie

1.1 Geburtsdatum		
1.3 Alter (Jahre)		
1.4 Geschlecht		
<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
1.5 Nationalität (Klartext)		
1.6 Familienstand		
<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> geschieden	
<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Lebenspartner	
<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> verwitwet	
1.7 Religion		
Freitext:		
1.8 Dauer des Schulbesuchs in Jahren		
Freitext:		
1.10 Höchster erreichter Berufsabschluss / erreichte Berufsausbildung		
Freitext:		
1.11 Derzeit oder zuletzt ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Un-/angelernter Arbeiter	<input type="checkbox"/> Facharbeiter, unselbständiger Handwerker	
<input type="checkbox"/> Einfacher Angestellter / Beamter	<input type="checkbox"/> Mittlerer Angestellter / Beamter im mittleren Dienst	
<input type="checkbox"/> Höher qualifizierter Angestellter / Beamter im gehobenen / höheren Dienst	<input type="checkbox"/> Selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender	
<input type="checkbox"/> Selbständiger Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer	<input type="checkbox"/> Sonstige: (Klartext)	
<input type="checkbox"/> Nie erwerbstätig	<input type="checkbox"/> unbekannt	

9.3. Einverständniserklärung

JUSTUS-LIEBIG-



UNIVERSITÄT
GIESSEN

FACHBEREICH 11



Medizin

☒ [JLU-Giessen](#) ■ [FB 11](#) ■ [ZPG](#) ■ [Am Steg 22](#) ■ [35392Gießen](#)

Zentrum für Psychiatrie

Direktor: Prof. Dr. med. B. Gallhofer

Am Steg 22

D-35392 Gießen

☎ (0641) 985-45701

Fax (0641) 985-45752

Email:

bernd.gallhofer@psychiat.med.uni-giessen.de

Einverständniserklärung

Name:

Geburtsdatum:

Titel der Studie: Erfassung der Häufigkeit von Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern, Asylbewerberinnen und Asylsuchenden in hessischen Aufnahmeeinrichtungen für Flüchtlinge

Ich bin über die Bedingungen der Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie informiert worden, das Informationsblatt habe ich erhalten.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass das Screening keine Diagnosesicherung darstellt, meine Daten zu Studienzwecken anonymisiert gespeichert werden und meine persönlichen Daten keinem Dritten zugänglich gemacht werden. Die erhobenen Daten finden keine Verwendung bei laufenden oder zukünftigen Asylverfahren. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Löschung meiner Daten veranlassen. Auch kann ich mein Einverständnis jederzeit, vor oder während oder nach der Befragung, auch ohne Angabe von Gründen, widerrufen, daraus werden mir keine Nachteile entstehen.

Ich nehme freiwillig an der Studie teil und stimme hiermit der Erhebung, der (anonymisierten) Speicherung und der anonymen Verwertung der Fragebogendaten für die Zwecke der Studie zu.

9.4. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Testwert bezogen auf ein externes Kriterium.....	22
Tabelle 2: Probenmerkmale der Teilnehmenden aus HEAE und GUs.....	51
Tabelle 3: Positive Screeningergebnisse insgesamt, nach Einrichtung und Geschlecht..	57
Tabelle 4: Screeningergebnisse bei Cut-off von 14 für Fragen 1–14.....	58
Tabelle 5: Itemreliabilität.....	58
Tabelle 6: Vergleich der Punktzahl der Fragen 1–14 nach Einrichtung.....	60
Tabelle 7: Vergleich der Punktzahl der Fragen 1–14 nach Geschlecht.....	61
Tabelle 8: Vergleich der Punktzahl der Fragen 1–14 der männlichen Teilnehmer nach Einrichtung.....	62
Tabelle 9: Vergleich der Punktzahl der Fragen 1–14 der weiblichen Teilnehmerinnen nach Einrichtung.....	63

9.5. Abbildungsverzeichnis

Grafik 1: Übersicht traumareaktiver Entwicklungen.....	4
Grafik 2: Geschlechterverteilung nach Einrichtung.....	52
Grafik 3: Altersverteilung nach Einrichtung.....	53
Grafik 4: Verteilung des Familienstatus nach Einrichtung.....	53
Grafik 5: Verteilung der Nationalitäten nach Einrichtung.....	54
Grafik 6: Medianvergleich des Bildungsgrads in Jahren nach Einrichtung.....	55
Grafik 7: Verteilung der Aufenthaltsdauer in Tagen in der HEAE.....	56
Grafik 8: Verteilung der Aufenthaltsdauer in Tagen in den GUs.....	56
Grafik 9: Medianvergleich der Punktzahl für Fragen 1–14 nach Einrichtung.....	60
Grafik 10: Medianvergleich der Punktzahl der Fragen 1–14 nach Geschlecht.....	61
Grafik 11: Medianvergleich der männlichen Teilnehmer nach Einrichtung.....	62
Grafik 12: Mittelwertvergleich der weiblichen Teilnehmerinnen nach Einrichtung.....	63
Grafik 13: Korrelation von Aufenthaltsdauer und Punktzahl der Fragen 1–14 gesamt. .	64
Grafik 14: Korrelation von Aufenthaltsdauer und Punktzahl der Fragen 1–14 HEAE...	65
Grafik 15: Korrelation von Aufenthaltsdauer und Punktzahl der Fragen 1–14 GUs.....	65

9.6. Nutzungsgenehmigung Abbildung PD Dr. med. Flatten

Posteo Webmail :: Mail

26.05.23, 21:20

Betreff **Re: Anfrage auf Nutzungsgenehmigung Ihrer Grafik**
Von Guido Flatten <gflatten@euripp.de>
An <jessica.richards@posteo.de>
Datum 24.04.2023 22:49

Sehr geehrte Frau Richards,

Danke für Ihre Anfrage, der ich gerne zustimme.

Mit besten Grüßen
Guido Flatten

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil.
FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
FA für Allgemeinmedizin
Supervisor/ Coach M.A.(SG/ DGSV)
Balintgruppenleiter (DBG)
EMDR Supervisor (EMDRIA)
1. Vorsitzender Deutsche Balint Gesellschaft

Euregio-Institut für Psychosomatik und Psychotraumatologie
Annastr. 58-60
52062 Aachen
Tel: 0049-241- 40029044
Fax: 0049-241-40996873
www.euripp.org
www.balintgesellschaft.de
www.psmgv.de
gflatten@euripp.org

Am 24.04.2023 um 11:01 schrieb jessica.richards@posteo.de:

Sehr geehrter PD Dr. med. M.A. Guido Flatten,
ich schreibe aktuell meine Dissertation am Fachbereich Medizin der Universität Gießen und wollte Sie hiermit um Erlaubnis bitten, Ihre Grafik "Übersicht traumareaktiver Entwicklungen" von Seite 4 der von Ihnen 2011 veröffentlichten S3-Leitlinie zur Posttraumatischen Belastungsstörung für diese zu nutzen.
Die Fragestellung meiner Thesis ist die Erörterung der Grenzen und Möglichkeiten eines Screenings auf Traumafolgestörungen bei Geflüchteten. Spezifisch wurde eine Modellstudie durchgeführt, die als Teilaspekt eines Screeningverfahrens die Anwendbarkeit des Refugee Health-Screeners-15 (RHS-15) sowie das Ausmaß an psychischer Belastung in der Population der in der hessischen Erstaufnahmeeinrichtung (HEAE) und den Gemeinschaftsunterkünften (GU) lebenden Asylsuchenden im Landkreis Gießen untersuchte.
Ich wäre sehr dankbar, wenn Sie mir bestätigen könnten, dass Sie das Urheberrecht zu dieser Leitlinie besitzen und mir die Frage beantworten, ob die AWMF es erlaubt, Material aus dieser für Dissertationen zu nutzen. Gibt es für diesen Fall eine Gebühr?
Vielen Dank im Voraus!
Mit freundlichen Grüßen,
Jessica Richards

https://posteo.de/webmail/?_task=mail&_action=print&_uid=17427&_mbox=INBOX&_extwin=1

Seite 1 von 1

10. Eigene Publikationen

Stingl, M., Knipper, M., Hetzger, B., **Richards, J.**, Yazgan, B., Gallhofer, B. & Hanewald, B. (2017). Assessing the special need for protection of vulnerable refugees: Testing the applicability of a screening method (RHS-15) to detect traumatic disorders in a refugee sample in Germany. *Ethnicity & Health*, 24(8), 897–908. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1379598> (PubMed IF: 1,904)

Hanewald B., Stingl M., Hetzger B., **Richards J.**, Yazgan B., Gallhofer B. & Knipper M. (2015). Erfassung der Häufigkeit von psychischen Beeinträchtigungen und Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen. Orale Präsentation, DGPPN 2015.

11. Ehrenwörtliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort/Datum

Unterschrift

12. Danksagung

Ich danke PD Dr. biol. hom. Dipl. Psych. Markus Stingl und Dr. med. Bernd Hanewald sehr herzlich für die Betreuung meiner Arbeit, insbesondere für ihre Geduld, ihr Wohlwollen für einen neuen Anlauf und für ihr Engagement in Hinblick auf die in dieser Arbeit vorgestellte Thematik.

Auch möchte ich PD Dr. med. Michael Knipper für seine fachliche und ideelle Begleitung in der Vorbereitung und während der Erhebung danken.

Prof. Bernd Gallhofer danke ich für die Überlassung des Themas und das damit verbundene Vertrauen.

Björge Hetzger, meinem „Mitdoktoranden“ und „Leidensgenossen“ danke ich für seine Einsatzfreude für die gemeinsame Sache, für viele bereichernde, teils herausfordernde, Stunden zwischen Tuc und Kaffee und die gemeinsame kritische Auseinandersetzung mit unserer Studie.

Ich danke Bülent Yazgan, zum Zeitpunkt der Durchführung unserer Studie wissenschaftlicher Mitarbeiter der psychiatrischen Klinik Gießen, für seine Unterstützung während der Datenerhebung, das Bereitstellen seiner interkulturellen Kompetenz und seine entwaffnende Art, die dem Ganzen auch mal die Schwere nehmen konnte.

Ein besonderer Dank geht an Hasan Al-Zaza sowie an Nedal und Saleh, deren Nachnamen ich leider nie in Erfahrung bringen konnte, für ihre Bereitschaft, ihre Sprachkenntnisse für unsere Studie ehrenamtlich zur Verfügung zu stellen, während sie selbst auf den weiteren Verlauf ihres Asylverfahrens warteten.

Ganz besonders möchte ich mich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieser Studie bedanken, die uns ihr Vertrauen geschenkt und uns erlaubt haben, Einblick in ihre Lebenssituation zu bekommen.

Auch möchte ich den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern der Gemeinschaftsunterkünfte für Asylsuchende im Landkreis Gießen für die engagierte Zusammenarbeit danken.

Ich danke meinen Eltern für ihre Unterstützung – im Leben. Hier speziell für das Zurverfügungstellen ihres Wohnzimmers zur Sortierung der Fragebögen und die vielen Stunden der Kinderbetreuung, die mir das notwendige konzentrierte Arbeiten ermöglicht haben.

Last but not least möchte ich meinem Ehemann Tobias Göthel danken, dafür, dass er so ist, wie er ist und bezogen auf diese Arbeit dafür, dass er an mich geglaubt, mich unterstützt hat, wo und wie er nur konnte und für das Beste „beehiving“, das man sich nur vorstellen kann.

Very last but not at all least danke ich meiner Tochter, Ruth Lilith Richards, dafür, dass sie ist.