

**Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten
der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis**

Ulrike Gäbel, Martina Ruf, Maggie Schauer, Michael Odenwald, Frank Neuner

Psychologische Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge, Universität Konstanz
und vivo, Konstanz

Anschrift:

Prof. Dr. Frank Neuner

Zentrum für Psychiatrie • Feursteinstr. 55 • Haus 22, EG • D-78479 Reichenau-
Lindenbühl • Phone: +49 7531/88-4609, Fax -4601

Frank.Neuner@Uni-Konstanz.de

*(am 19. April 2005 in Druck gegangen: ‚Zeitschrift für Klinische Psychologie und
Psychotherapie‘)*

Zusammenfassung. Theoretischer Hintergrund: Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) spielen in der Asylverfahrenspraxis eine zunehmende Rolle. Dennoch liegen bislang keine Daten zur Prävalenz unter Asylbewerbern in Deutschland vor. Auch ist nicht bekannt, inwieweit Einzelentscheider des Bundesamts für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFl) Anzeichen auf eine Traumatisierung bei der Anhörung erkennen können. **Fragestellungen:** Stellt PTSD eine relevante Größe unter Asylbewerbern in Deutschland dar? Können Einzelentscheider mit Hilfe von Kurzinstrumenten Anzeichen auf eine PTSD erkennen? **Methode:** eigens geschulte Einzelentscheider befragten 76 Asyl-Erstantragsteller mit der eng am DSM-IV orientierten PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale), 42 dieser Personen wurden in einem klinisch strukturierten Interview anhand der Sektion N des M-CIDI ausführlich nachuntersucht. **Ergebnisse:** Bei Asylsuchenden beträgt die PTSD-Punkt-Prävalenz ca. 40%. Es ergab sich keine überzufällige Erkennung dieser psychischen Erkrankung durch die Einzelentscheider. **Schlussfolgerungen:** Die Posttraumatische Belastungsstörung tritt bei Asylbewerbern in Deutschland deutlich häufiger auf als bisher angenommen. Die Schwierigkeit, traumatische Erfahrungen und resultierende PTSD-Symptome im Rahmen der Erstanthörung durch geschulte Mitarbeiter des BAFl zu erkennen, weist auf eine gewisse Verbesserungswürdigkeit der Verfahrensökonomie des Asylverfahrens hin.

Theoretischer Hintergrund

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD für Posttraumatic Stress Disorder) ist eine psychische Erkrankung, die infolge traumatischer, leib- oder lebensbedrohlicher Erlebnisse auftreten kann und die Betroffenen in ihrer sozialen, beruflichen und körperlichen Funktionstüchtigkeit wesentlich beeinträchtigt. Dieser seelischen Erkrankung liegt zugrunde, dass die traumatischen Erfahrungen sich einerseits emotional und sensorisch in implizites Gedächtnis einbrennen, explizit autobiographisch aber oft nur bruchstückhaft gespeichert werden, wodurch den Betroffenen eine konsistente Narration oft nicht möglich ist. Hinzu kommt häufiges ungewolltes Wiedererinnern an die traumatischen Ereignisse und ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, über diese Erfahrungen zu sprechen (in der Übersicht z.B. Saigh & Bremner, 1999; Friedman, 2000; Elbert & Schauer, 2002).

In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurden die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Ätiologie, Diagnostik, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten substantiell erweitert. Insbesondere in der Arbeit mit Flüchtlingen und Asylbewerbern spielt das Konzept der PTSD zunehmend eine Rolle, da diese aufgrund ihrer Lebensumstände eine Risikogruppe für die Herausbildung einer PTSD darstellen (Silove et al., 1997, 1998; Burnett & Peel, 2001; Keller et al., 2003). Studien belegen, dass bei wiederholten traumatischen Erlebnissen die Vulnerabilität, an einer PTSD zu erkranken, annähernd linear mit deren Häufigkeit zunimmt und bei schwerwiegender fortgesetzter Gewalterfahrung bis zu 100% erreichen kann (Schauer et al., 2003, Neuner et al., 2004). Es muss demnach bei Personen, die organisierte Gewalt in Form von wiederholter Folter oder kriegerischen Einwirkungen erlebt haben, mit einem erheblichen Prozentsatz an Erkrankungen gerechnet werden. Zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung lag weltweit nur eine

Studie vor, in welcher explizit die PTSD-Prävalenz in der Population der Asylbewerber eines Landes erhoben wurde (Silove et al., 1997). Diese fand in Australien eine Prävalenz von 37% PTSD in der betreffenden Population. Dem gegenüber wurden in den letzten Jahren jedoch zahlreiche Untersuchungen an Flüchtlingspopulationen aller Kontinente sowohl in den Zufluchts-, als auch in den Herkunftsländern dieser Personen durchgeführt. Dies ist im Kontext der vorliegenden Studie von Belang, da Asylbewerber zum großen Teil diesen Flüchtlingspopulationen entstammen. Studien in afrikanischen und asiatischen Herkunftsländern ergaben für sudanesisch-flüchtlinge in Uganda (Peltzer, 1999, Kaunakara et al., 2004) und kambodschanische Flüchtlinge an der thailändischen Grenze (Mollica et al., 1998) PTSD-Prävalenzen von 32-37%. Ähnlich verhielt es sich bei europäischen Studien, in denen bei bosnischen und albanischen Flüchtlingen in Kroatien und Serbien-Montenegro PTSD-Prävalenzen von 17-37% ermittelt wurden (Mollica et al., 2001; Marusic et al., 1995; Cardozo et al., 2000). Inhalt des überwiegenden Teils der vorliegenden Studien war jedoch die Erhebung der PTSD-Prävalenz bei Flüchtlingen, die in Ländern der westlichen Welt Zuflucht gefunden haben. So fanden Thulesius & Hakansson (1999) bei bosnischen Flüchtlingen in Schweden eine Prävalenz von 18-33%. In den Niederlanden betrug die PTSD-Rate unter somalischen Flüchtlingen und Asylbewerbern 32% (Roodenrijs et al., 1998) und unter afghanischen Flüchtlingen 35% (Gernaat et al., 2002). Bei kambodschanischen Flüchtlingen in den USA ermittelten Studien Auftretenshäufigkeiten für PTSD von 45-86% (Blair, 2000; Carlson & Rosser-Hogan, 1993), in Großbritannien lag die Prävalenz mit 65% PTSD unter albanischen Flüchtlingen ähnlich hoch (Turner et al., 2003).

In vielen Fällen von PTSD stellen sich komorbide Störungen ein. Die häufigsten Folgeerkrankungen sind: affektive Störungen (Depressionen, Dysthymie, bipolare Störungen), andere Angststörungen (Generalisierte Angststörung, Panikstörung, Phobien, Panikstörung), Substanzabhängigkeit bzw. -missbrauch und Somatisierungsstörungen (Ehlers, 1999; Breslau, Davis & Schultz (2003). Auch Suizidversuche treten bei PTSD-Patienten mit 19,8% (Davidson, 1991) deutlich häufiger auf als in der Normalbevölkerung.

Ein weiteres Phänomen im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen ist das Auftreten anderer psychischer Störungen wie Substanzabhängigkeit, Generalisierte Angststörung oder Borderline Persönlichkeitsstörung als Reaktion auf ein solches traumatisches Erlebnis, wobei die Befundlage hierzu widersprüchlich ist. So fanden Eitinger (1980) und Daly (1983) bei ehemaligen Kriegsgefangenen und Folteropfern ein erhöhtes generelles Risiko für die Herausbildung psychiatrischer Störungen, während Breslau (2002, 2003) in ihrer Untersuchung ein solches Risiko insbesondere für die Entwicklung von Depressionen und Substanzmißbrauch nicht finden konnte.

Wie bereits erwähnt, war uns zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung weltweit nur eine weitere Studie zur PTSD-Prävalenz bei Asylbewerbern bekannt (Silove et al., 1997). Betrachtet man jedoch die Einschränkungen, die sich für die Betroffenen durch eine PTSD-Erkrankung ergeben, vor dem Hintergrund des Asylverfahrens und der sich daraus ergebenden Konsequenzen für den Antragsteller, sind derartige Untersuchungen dringend geboten. So unterliegen Asylbewerber in der Anhörung gemäß des Asylverfahrensgesetzes einer „Mitwirkungspflicht“. Danach sind sie verpflichtet, sämtliche Tatsachen und Fakten offen zu legen und gegebenenfalls glaubhaft zu machen

bzw. zu beweisen, die mit ihrem Asylgesuch in Zusammenhang stehen. Die Symptomatik der PTSD äußert sich jedoch u.a. gerade darin, dass Personen nicht in der Lage sind, über ihre Traumata frei und in chronologisch stimmiger Abfolge zu berichten. Wie eine Untersuchung von Herlihy und Kollegen (2002) nachwies, werden solche Inkonsistenzen, die aufgrund von Gedächtnisstörungen auftreten, in der Regel jedoch nicht auf diese zurückgeführt.

In welchem Umfang die PTSD unter Asylbewerbern in Deutschland auftritt und ob sie tatsächlich eine relevante, d. h., in der Asylverfahrenspraxis besonders zu berücksichtigende Größe darstellt, war bisher nicht bekannt. Die Vermutungen von Therapeuten, Sozialarbeitern und Einzelentscheidern schwankten bei allen Gruppen von wenigen Prozent bis hin zur Mehrzahl aller Flüchtlinge, wobei diese Annahmen weder auf quantitativen Erhebungen noch auf repräsentativen Stichproben basierten.

Darüber hinaus gibt es bisher keine Studie, in der die Asylverfahrenspraxis eines Landes unter psychologischen Gesichtspunkten analysiert wurde, d.h. es wurde bisher noch nirgends untersucht, wie effizient ein solches Verfahren hinsichtlich klinischer Fragen tatsächlich ist.

Zur Erlangung repräsentativer Daten führte die *Psychologische Modell- und Forschungsambulanz für Flüchtlinge* der Universität Konstanz in Kooperation mit dem Bundesamt zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFl) die hier berichtete wissenschaftliche Untersuchung durch.

Eine frühe Identifikation dieses Personenkreises scheint nicht nur für die direkte Behandlung des Patienten, sondern auch für den verfahrensökonomischen Verlauf des Asylverfahrens wünschenswert. In Abhängigkeit von der tatsächlichen PTSD-Prävalenz

in dieser Population ist eine weitere Frage von Belang. Bei niedriger Prävalenz sollte der Verweis auf den Spezialisten – wie bei anderen psychischen Auffälligkeiten auch – genügen, ein Vorgehen, welches derzeit in der Asylpraxis bereits gängig ist. Im Falle einer hohen Prävalenz wären hingegen neue Überlegungen auf Verfahrensebene notwendig, da dann nicht mehr von Einzelfällen ausgegangen werden kann und stattdessen alle Entscheider auf den Umgang mit Traumatisierten vorbereitet sein sollten. Vor diesem Hintergrund untersuchte die vorliegende Studie zusätzlich die Frage, inwiefern geschulte Einzelentscheider des BAFl unter den aktuell vorherrschenden Bedingungen im Rahmen des Asylverfahrens in Deutschland in der Lage sind, anhand eines an DSM-Kriterien orientierten Fragebogens Anzeichen einer PTSD valide zu erkennen.

Methodik

Studiendesign

Stichprobe

Einzelentscheider: An der vorliegenden Studie nahmen 16 Einzelentscheider des Bundesamtes zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge teil. Diese wurden von der Bundeszentrale des BAFl in Nürnberg ausgewählt und waren zum Zeitpunkt der Studie in 8 Außenstellen des BAFl vorrangig im süddeutschen Raum tätig (Reutlingen, Karlsruhe, Würzburg, Zirndorf, München, Köln, Düsseldorf und Giessen). Da die Antragsteller über das EASY-System (Erstverteilungssystem für Asylbewerber) des BAFl nach dem

Zufallsprinzip auf die einzelnen Bundesländer verteilt werden, bedeutete dies keine Einschränkung hinsichtlich der Repräsentativität der Stichprobe untersuchter Flüchtlinge.

Unter den teilnehmenden Einzelentscheidern befanden sich 12 Männer und 4 Frauen. Ihr Durchschnittsalter lag bei 45,6 Jahren. Es handelte sich in der Mehrheit um ausgebildete Juristen und Diplom-Verwaltungswirte, die durchschnittliche Berufserfahrung als Einzelentscheider lag bei 12,6 Jahren. Alle teilnehmenden Einzelentscheider hatten in ihren jeweiligen Außenstellen neben ihrer gewöhnlichen Entscheidertätigkeit auch das Amt von Sonderbeauftragten inne. Unter ihnen befanden sich 3 Sonderbeauftragte für geschlechtsspezifisch Verfolgte, 8 Sonderbeauftragte für Folteropfer und traumatisierte Asylbewerber und 1 Sonderbeauftragter für unbegleitete Minderjährige. In den Befragungen, welche die Einzelentscheider für die vorliegende Studie im Anschluss an ihre Anhörungen durchführten, fungierten sie als gewöhnliche Entscheider, d.h. es gab keine Vorauswahl der untersuchten Erstantragsteller aufgrund der Sonderstellung als Sonderbeauftragte.

Asylbewerber: 76 Erstantragsteller wurden von den Einzelentscheidern befragt. 82 weitere Erstantragsteller, denen die freiwillige Teilnahme an der Studie ebenfalls vorgeschlagen wurde, lehnten dies ab. Unter den 76 Befragten befanden sich 9 weitere Personen, die ohne Angabe von Gründen nicht für eine Nachuntersuchung zur Verfügung standen. Das Durchschnittsalter der von den Einzelentscheidern befragten Personen lag bei 25,72 Jahren ($SD = 7,24$). Es befanden sich 69 Männer (90,8%) und 7 Frauen (9,2%) in dieser Gruppe. Aus der Gruppe der verbleibenden Erstantragsteller wurden 41 Personen durch in Traumadiagnostik erfahrene Projektmitarbeiter der

Forschungsambulanz für Flüchtlinge Konstanz ausführlich nachuntersucht. Eine Person brach die Nachuntersuchung ab.

Ursache für den geringen Stichprobenumfang war ein historischer Tiefststand an Asylbewerber-Neuzugängen nach Deutschland während des Untersuchungszeitraums (BAFI, 2003)- ein Trend, der bereits seit 10 Jahren zu beobachten ist und weiterhin anhält.

Von Psychologen untersucht wurde, wer sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung vor Ort noch in der jeweiligen Erstaufnahmeeinrichtung befand. Alle Personen waren zum Zeitpunkt der ersten wie auch der zweiten Befragung in Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylbewerber untergebracht und hatten den Immigrationsstatus von Asylbewerbern. Bei allen Befragten handelte es sich um Erstantragsteller, über deren Asylanträge noch nicht entschieden worden war. Alle Untersuchten gaben an, zum ersten Mal nach Deutschland eingereist bzw. in Deutschland Asyl beantragt zu haben.

Das Durchschnittsalter dieser Gruppe lag bei 26,6 Jahren ($SD = 7,9$), es befanden sich 37 Männer (92,5%) und 3 Frauen (7,5%) in der Stichprobe. Damit war die Auswahl hinsichtlich dieser demographischen Rahmenbedingungen repräsentativ sowohl für die Gruppe aller mit der PDS Befragten, als auch für die Gesamtheit der im Jahre 2003 nach Deutschland eingereisten Asylbewerber. Die durchschnittliche Dauer an formaler Schulbildung lag bei 7,32 Jahren ($SD = 4,2$). Tabelle 1 enthält Angaben zur Zusammensetzung der Stichprobe nach Herkunftsländern.

---Tabelle 1 hier einfügen---

Die Frage nach Einnahme von Medikamenten zum Zeitpunkt der Untersuchung wurde von allen verneint. Zu psychiatrischen Erkrankungen in der Vergangenheit gaben alle bis auf drei Personen an, keine solchen gehabt zu haben. Diese drei Personen hatten sich infolge von traumatischen Ereignissen bereits vor der Einreise nach Deutschland in Psychotherapien begeben. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Deutschland seit der Einreise lag bei 37,8 Tagen (SD = 20,5), die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Erstaufnahmeeinrichtung betrug 25 Tage (SD = 18,5).

Messinstrumente

Instrumente der Einzelentscheider: Die *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS, Foa et al., 1995; deutsche Übersetzung: Ehlers, Steil & Winter, 1995) ist ein Selbstberichtsfragebogen, der als Screening-Instrument eingesetzt werden kann und mit dessen Hilfe sowohl Hinweise auf das Vorliegen einer PTSD, als auch auf deren Schweregrad erhoben werden können. Er setzt sich zusammen aus einem Ereignisteil, in dem die erlebten traumatischen Ereignisse systematisch erhoben werden und einem zweiten Teil, in dem die Symptome in enger Anlehnung an den DSM-IV-TR ermittelt werden. Dieser Fragebogen weist sowohl eine hohe Interraterreliabilität, als auch eine hohe Spezifität und Sensitivität auf (Foa, 1995). In der vorliegenden Studie wurde die PDS aufgrund der Sprachbarriere und um inhaltlichen Missverständnissen vorzubeugen von den Einzelentscheidern in Form eines Interviews durchgeführt.

Darüber hinaus wurden in der Erstuntersuchung Alter, Geschlecht, Herkunftsland und Ethnizität eines jeden Teilnehmers erfragt.

Instrumente der Untersuchung durch Psychologen: Das Munich-Composite International Diagnostic Interview (DIA-X/M-CIDI, Wittchen und Pfister, 1997) ist eine überarbeitete und computergestützte Version des World Health-Organisation-CIDI (WHO, 1997). Es ermöglicht eine reliable und valide Erhebung von Symptomen, Syndromen und Diagnosen psychischer Störungen nach DSM-IV und ICD-10 (4 Wochen, 12 Monats- und Lebenszeitprävalenz). Der Vorteil dieses Verfahrens liegt in der hohen Objektivität und Interraterreliabilität (Wittchen et al., 1991; Wittchen, Weigel & Pfister, 1996). In der vorliegenden Studie wurde mithilfe der Sektion N des M-CIDI eine klinische Beurteilung der Asylbewerber zu PTSD vorgenommen.

Des Weiteren wurde in der Nachuntersuchung ein ausführliches soziodemographisches Interview durchgeführt, um zusätzliche Informationen über den Lebenshintergrund der Probanden zu erhalten. Es enthielt Fragen zu den Themenkomplexen Herkunft, Ethnizität, Alter, Geburtsort, Geschlecht, Familienstatus, Bildungsstand und Beruf, zu Fluchtverlauf und Fluchtgründen, zu möglichen Erfahrungen mit Verfolgung, Verhaftung oder Folter der eigenen Person oder in der Familie, zu Suchtverhalten und klinischer Vorgeschichte. Ein weiterer Abschnitt widmete sich Fragen zur gegenwärtigen Situation in Deutschland, zur Dauer des Aufenthaltes und speziell zur Situation in der Erstaufnahmeeinrichtung, in der sich alle Probanden zum Zeitpunkt der Untersuchung noch befanden.

Interviewer

16 Einzelentscheider, die bereits den Status von Sonderbeauftragten für Folteropfer und Traumatisierte innerhalb des BAFI innehatten, wurden ausführlich zum

Konzept der PTSD sowie in der Durchführung der PDS geschult, um im Anschluss an ihre Anhörungen die Erstuntersuchung durchführen zu können. Zur Sprachvermittlung wurden Dolmetscher des BAFI eingesetzt, die bereits in der Anhörung übersetzt hatten.

Die Nachuntersuchung wurde von Psychologen der *Psychologischen Modell- und Forschungsambulanz für Flüchtlinge* der Universität Konstanz mit Unterstützung von geschulten Dolmetschern durchgeführt. Die Schulung der Dolmetscher beinhaltete Hintergrundwissen zu PTSD sowie zu speziellen Anforderungen an einen Übersetzer (z.B. wortgetreue „Eins-Zu-Eins-Übersetzung“) in diesem speziellen Kontext.

Durchführung

Die Einzelentscheider befragten von September bis Dezember 2003 alle Erstantragsteller, die in dieser Zeit im Rahmen ihres Asylverfahrens bei ihnen vorstellig wurden, ob sie an der Studie teilnehmen wollten. Die Teilnahme war freiwillig und gewonnene Informationen fanden keinen Eingang in das Asylverfahren, was den Asylbewerbern in schriftlicher Form versichert wurde. Aus der so gewonnenen Stichprobe wurde eine Zufallsauswahl von Mitarbeitern der *Psychologischen Modell- und Forschungsambulanz für Flüchtlinge* der Universität Konstanz einige Wochen später ausführlich nachuntersucht. Die Nachuntersuchungen fanden in den Erstaufnahme-Wohnheimen für Asylbewerber statt. Wurde bei einer Person eine PTSD festgestellt, so erhielt diese eine kurze Psychoedukation sowie Kontaktadressen zu psychosozialen Einrichtungen im Umkreis des Wohnheims.

Im Anschluss an die Nachuntersuchungen wurden die PDS-Fragebögen von Psychologen ausgewertet und die Übereinstimmung zwischen den Untersuchergruppen ermittelt. Hierbei galten die diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR (APA, 2000) als Vorgabe.

Die Datenanalyse wurde mithilfe des Statistikprogramms SPSS® 11.0 für Macintosh durchgeführt. Es wurden die Häufigkeiten des Auftretens der einzelnen traumatischen Ereignisse sowie der Symptome erhoben und eventuelle Unterschiede zwischen Erst- und Nachuntersuchung mit McNemar-Chi-Quadrat-Tests geprüft. Die Übereinstimmung zwischen Einzelentscheidern und Psychologen wurde mittels des Konkordanzmaßes Kappa von Cohen ermittelt.

Die Gruppen der von PTSD-Betroffenen vs. Nichtbetroffenen wurden hinsichtlich soziodemographischer Angaben mit zweiseitigen t-Tests für unabhängige Stichproben oder durch den exakten Test nach Fisher verglichen.

Um die Reliabilität des klinischen Urteils zu bestimmen, war in 25 der 40 Nachuntersuchungen ein zweiter Psychologe anwesend, welcher unabhängig vom Interviewer die Befunde notierte und eine eigene Diagnose stellte, welche dann mit der des Interviewers verglichen wurde.

Ergebnisse

Die Untersuchungen ergaben eine PTSD-Prävalenz von 40% (16 der 40 mittels klinischer Diagnostik untersuchten Personen) unter den Asylbewerbern in Deutschland.

Die statistische Analyse der soziodemographischen Daten ergab keine Prädiktor- bzw. Risikovariablen für PTSD, das heißt Asylbewerber mit und ohne diese Diagnose unterschieden sich in keiner der erhobenen soziodemographischen Variablen signifikant voneinander. Eine Studie von Schauer und Kollegen (2003) hatte gezeigt, dass auch die Anzahl der erlebten Traumata eine Prädiktorvariable für die Herausbildung einer PTSD darstellt („building block“- Effekt). Auch in der vorliegenden Studie zeichnete sich ein entsprechender Trend ab, nachdem Personen mit PTSD mehr traumatische Ereignisse ($m = 3,9$; $SD = 2,1$) in der Vergangenheit berichteten als Personen ohne PTSD ($m = 2,7$; $SD = 1,9$).

In Tabelle 2 ist dargestellt, wie häufig die einzelnen Ereignisse der Ereignislisten in PDS und M-CIDI genannt wurden. Eine Signifikanzprüfung mittels des McNemar-Test ergab einen Effekt für das Ereignis „Sexueller Kontakt unter 18 Jahren“ (8 Nennungen in PDS vs. 2 in M-CIDI, $p < .05$), d.h. in der Erstuntersuchung wurde dieses Ereignis signifikant häufiger genannt als in der Nachuntersuchung.

Ein entscheidendes Kriterium für die Diagnose PTBS ist das Vorliegen eines sogenannten „schwersten Ereignisses“, welches Grundlage für weitere Exploration ist. Tabelle 2 enthält Angaben zu den Häufigkeiten, mit denen einzelne traumatische Ereignisse in den beiden Untersuchungen als „schwerstes Ereignis“ genannt wurden. In der Erstuntersuchung mit der PDS gaben alle Personen ein „schwerstes Ereignis“ an, dabei wurden die Ereignisse „Gewalt (gegen eigene Person)“ (8mal), „Gewalt (Zeuge)“ (6mal) und „Folter“ (6mal) am häufigsten genannt. In der Nachuntersuchung mit dem M-CIDI gaben 36 der 40 Personen ein „schwerstes Ereignis“ an, wobei „Folter“ (6mal), „Gewalt“ (6mal) und „Krieg“ (5mal) besonders häufig genannt wurden. In der

Nachuntersuchung wurde das Ereignis „Leichen sehen“ separat erhoben. Dieses gaben 5 Personen als „schwerstes Ereignis“ an. Häufigste Ursache für eine PTBS (nach M-CIDI) war „Folter“ (5mal), gefolgt von „Krieg“ (3mal), d.h. es handelte sich um Ereignisse, die politische Inhalte und damit asylrelevante Hintergründe vermuten lassen.

--- Tabelle 2 hier einfügen ---

Im Sinne einer differenzierteren Analyse wurden die Prävalenzen der einzelnen Symptomcluster Intrusionen, Vermeidung und Überregung getrennt berechnet (siehe Tabelle 3).

Besonders häufig traten Symptome des Clusters Intrusionen auf (82.5%), gefolgt von Übererregung (57.5%) und Vermeidung (47.5%). Die am häufigsten genannten Einzelsymptome waren laut M-CIDI mit 67.5% das Symptom „Wiedererinnern“ (Wurden Sie in den letzten 12 Monaten durch Gedanken und „Bilder“ belastet, die Ihnen immer wieder durch den Kopf gingen, auch wenn Sie es nicht wollten?), mit 70% das Symptom „Belastung durch Erinnern“ (Bringt es Sie leicht aus der Fassung oder macht es Sie ängstlich oder hilflos, wenn Sie mit Situationen oder Gegenständen, die mit dem Ereignis zusammenhängen, konfrontiert werden?) und mit 75% das Symptom „Gedanken vermeiden“ (Versuchten Sie, alle Gefühle oder Gedanken bzw. Gespräche, die Sie an das Ereignis hätten erinnern können, zu vermeiden?).

---Tabelle 3 hier einfügen---

Während die Nachuntersuchungen also eine Prävalenz von 40% ergaben, ergab die Auswertung des PDS, welche die Einzelentscheider als Interview eingesetzt hatten, eine Prävalenz von 60%. Aus einer qualitativen Befragung der Einzelentscheider nach

Beendigung der Datenerhebung ging hervor, dass deren subjektive Einschätzung der PTSD-Prävalenz unter den von ihnen untersuchten Asylbewerbern (in Unkenntnis der Ergebnisse der PDS) bei 0 bis max. 10% lag.

--- Abbildung 1 hier einfügen---

Eine statistische Überprüfung der Übereinstimmung der Urteile von Einzelentscheidern und klinischen Psychologen ergab eine Übereinstimmungsquote von 50% bzw. ein Kappa von .04, was dem Niveau von Zufallsentscheidungen gleichkommt. Während Einzelentscheider und Psychologen in 20 von 40 Fällen zu dem gleichen Urteil kamen, vergaben in den verbleibenden 20 Fällen die Einzelentscheider abweichend vom klinischen Urteil 14 mal ein positives und 6 mal ein negatives Urteil zum Vorliegen einer PTSD. Dies erlaubt Rückschlüsse auf die Sensitivität und Spezifität und damit zur Güte der Befragung durch die Einzelentscheider. So lag die Sensitivität bei .6, die Spezifität ergab einen Wert von .25. Damit lässt sich eine ausreichend hohe Sensitivität bei geringer Spezifität in den Urteilen feststellen.

Um Hinweise auf die Ursache der geringen Übereinstimmung zu erhalten, wurden Analysen der Ergebnisse auf Ereignis- und Symptomebene durchgeführt. Während die Übereinstimmung zwischen Einzelentscheidern und Psychologen bezüglich der Nennung erlebter traumatischer Ereignisse verhältnismäßig zufriedenstellend war (siehe Tabelle 2), fiel sie auf Symptomebene sehr gering aus. Eine Signifikanzprüfung ergab keine signifikanten Effekte. In Tabelle 3 finden sich Angaben zu den drei Symptomclustern bezüglich der Übereinstimmungen in Prozent sowie die jeweiligen Kappa-Werte. Auffällig sind hierbei neben der allgemein geringen Übereinstimmung die besonders

niedrigen Werte für das Cluster „Vermeidung“ bei überdurchschnittlich häufiger Vergabe von Symptomen dieses Clusters auf Seiten der Einzelentscheider.

---hier Tabelle 4 einfügen---

Zur statistischen Überprüfung der Reliabilität der klinischen Urteile wurde für 25 Fälle die Übereinstimmung der Psychologen untereinander ermittelt. In 22 dieser 25 Fälle kamen beide Psychologen zu dem gleichen Ergebnis, was einer Interraterreliabilität von .88 entspricht.

Diskussion

Die vorliegende Studie hat eine PTSD-Punkt-Prävalenz von 40% unter Asylbewerbern in Deutschland ermittelt. Damit tritt diese psychische Störung in der untersuchten Stichprobe erheblich und signifikant häufiger auf als in der deutschen Normalbevölkerung, wo sie bei nur wenigen Prozent liegt (Perkonig et al., 2000). Sie liegt zudem auf gleichem Niveau mit Befunden anderer Studien an Asylbewerbern und Flüchtlingen (Silove, Steel, & Mollica, 2001; Steel et al., 1999; Steel & Silove, 2000, Karunakara et al., 2004) und stellt eine relevante Größe in der Population der Asylbewerber in Deutschland dar. Dies gilt selbst dann, wenn Einschränkungen bezüglich der Repräsentativität der Teilnehmer Berücksichtigung finden, da die Rate in dem selbst günstigsten Fall (kaum ein Teilnahmeverweigerer leidet an PTSD) noch über 20% liegt. Da aber die Vermeidung einer Befragung über traumatische Erlebnisse gerade zu den Kernsymptomen der PTSD gerechnet werden muss, ist eher von einer Rate von über 40% PTSD in der Gesamtpopulation auszugehen. Gleichzeitig hat sich

herausgestellt, dass es geschulten Einzelentscheidern des BAFI unter den gegenwärtigen Bedingungen einer Anhörung nicht möglich ist, Anzeichen auf PTSD verlässlich zu erkennen.

Für die fehlende Übereinstimmung können mehrere Einflussfaktoren verantwortlich gemacht werden.

Als eine Komponente, der einer verlässlichen Erhebung entgegenstand, können Übersetzungsprobleme des BAFI gewertet werden. Dolmetscher sollten nicht in den diagnostischen Dialog als solches involviert werden, sondern nur jeweils so wörtlich wie nur irgend möglich übersetzen. Wie aus früheren wissenschaftlichen Studien bekannt ist, kann die Schulung von Dolmetschern auch zu den Gesprächsinhalten und zur Gesprächsführung von erheblicher Bedeutung sein, um sicherzustellen, dass Fragen richtig interpretiert und weitergeleitet werden.

Die Situation der Anhörung könnte ebenfalls Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse genommen haben. Ziel der Anhörung ist die Erfassung objektiver Inhalte im Rahmen des Asylverfahrens, wobei gewisse Tatsachen vorliegen müssen, um über einen Asylantrag positiv zu entscheiden. Andere biographische Fakten einer Person sind vor diesem Hintergrund irrelevant, was häufig dazu führt, dass Asylbewerber unabhängig von möglicherweise tatsächlich erlebten belastenden Ereignissen in der Vergangenheit „Schleppergeschichten“ vortragen, um den Bedingungen für eine Anerkennung gerecht zu werden. Dem entgegen ging es in der PTSD-Befragung um das subjektive Befinden der Asylbewerber. Die Befragung mit der PDS fand jedoch nach der Anhörung in exakt derselben Konstellation statt, d.h. Räumlichkeiten, Interviewer und Dolmetscher blieben konstant und nur der Inhalt der

Befragung änderte sich. Dies könnte dazu geführt haben, dass die Asylbewerber nicht von der Unabhängigkeit von Asylverfahren und Untersuchung überzeugt waren. Demzufolge ist es gut möglich, dass ungeachtet tatsächlicher belastender Ereignisse in der Vergangenheit auch die Fragen zu PTSD mit Hinblick auf das Asylgesuch und damit nicht unbedingt wahrheitsgetreu beantwortet wurden.

Es wurde nicht der Versuch unternommen, diese vermuteten Tendenzen zu Simulation oder Aggravation in der Erstbefragung durch die Einzelentscheider gesondert zu erfassen. Stattdessen war es das Anliegen der Studie, die Situation der Erstanhörung so realistisch wie möglich zu erfassen und zu ermitteln, wie gut es Einzelentscheidern unter diesen Bedingungen möglich ist, Anzeichen auf eine PTSD zu erkennen.

Eine weitere Ursache für die geringen Übereinstimmungen ist bei den Einzelentscheidern zu suchen. Betrachtet man das berufliche Anforderungsprofil von Einzelentscheidern und vergleicht es mit dem von Psychologen, so wird deutlich, dass beide sehr unterschiedliche Ausgangspunkte haben. Es ist von daher denkbar, dass es Einzelentscheidern kaum möglich ist, in einer Befragung, die unmittelbar im Anschluss an eine Anhörung stattfindet, von der Herangehensweise eines juristischen Entscheiders auf die eines empathischen Interviewers umzuschalten. Für eine derartige Tätigkeit erfordert es Kenntnisse in psychologischer Gesprächsführung sowie emotionale Stabilität, um offen auf das Gegenüber eingehen zu können. Dies gilt für Interviewsituationen wie z.B. Anhörungen im Allgemeinen sowie für Traumatisierte im Besonderen. Hier sollten verstärkt Schulungen zu diesen Themenbereichen sowohl für Einzelentscheider als auch für Dolmetscher eingeführt werden und evtl. auch die Einführung von regelmäßiger Supervision erwogen werden.

Ein weiterer Aspekt, der auf Seiten der Einzelentscheider gewirkt haben dürfte, war deren geringe Erfahrung im Bereich der Psychodiagnostik. Wie die Analyse auf Symptomebene gezeigt hat, wurde häufig der klinische Hintergrund von Fragen übergangen und diese stattdessen im umgangssprachlichen Sinne angewandt, was zu den geringen Übereinstimmungen zwischen Einzelentscheidern und Psychologen beitrug. Auch die große Diskrepanz zwischen subjektiver Einschätzung der Einzelentscheider, den Befunden aus der PDS und denen der psychologischen Nachuntersuchung bezüglich der PTSD-Prävalenz (Abbildung 1) geben einen Hinweis auf das mangelnde klinische Verständnis der Einzelentscheider.

Die Berechnung der Sensitivität und Spezifität als Gütekriterien für die Befragung durch die Einzelentscheider ergab eine ausreichende Sensitivität zulasten einer angemessenen Spezifität dieser Urteile. Es ist den Einzelentscheidern in der Befragung mit der PDS somit relativ gut gelungen, diejenigen Personen aus der Stichprobe zu identifizieren, welche tatsächlich eine PTSD aufwiesen. Allerdings waren die Urteile nicht sehr spezifisch und Personen, die keine PTSD aufwiesen, wurden nicht verlässlich von denen mit PTSD differenziert. Dies hatte zur Folge, dass der Verdacht auf PTSD in der PDS zu großzügig geäußert wurde. In der Konstruktion von Screeningverfahren wird eine möglichst hohe Sensitivität angestrebt, um negative Konsequenzen aufgrund falscher Testung für Betroffene so weit wie möglich ausschließen zu können. Angesichts der starken Kontroverse zur Glaubwürdigkeit von Asylbewerbern stellt eine hohe Spezifität jedoch eine Grundanforderung an ein zusätzliches Screening dar, da nur auf diesem Wege eine hohe Verlässlichkeit des Tests bei Verdacht auf PTSD gegeben ist. Auch aus klinischer Sicht wären eine hohe Spezifität neben einer hohen Sensibilität erstrebenswert,

da erst sie die angemessene Aufmerksamkeit und Behandlung für die betroffenen Personen gewährleisten.

Mögliche Ursachen für die lediglich ausreichende Sensibilität und die geringe Spezifität des Verfahrens in der aktuellen Form sowie Ansätze zur Verbesserung wurden in dieser Arbeit bereits diskutiert.

Wie eingangs erwähnt, sind komorbide Störungen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung nicht selten. In der vorliegenden Studie wurden komorbide Störungen und andere psychische Störungen, die infolge eines Traumas aufgetreten sein können, nicht zusätzlich erfasst. Es kann davon ausgegangen werden, dass psychische Erkrankungen sowohl das Anerkennungsverfahren, als auch die Abschiebungspraxis beeinflussen, jedoch diesem Problem und den daraus resultierenden Konsequenzen für den Asylbewerber nicht genügend Rechnung getragen wird, wobei hierzu keine gesicherten empirischen Daten vorliegen.

Es wäre von daher wünschenswert und notwendig, in weiteren Untersuchungen den Fragestellungen zu Prävalenzen komorbider bzw. anderer psychischer Störungen bei Asylbewerbern gesondert nachzugehen.

Die Bundesrepublik Deutschland versucht mit großem finanziellen und personellen Aufwand dem Anspruch „(Politisch) Verfolgte genießen Asyl“ gerecht zu werden. Es ist daher im Sinne des BAFI als ausführendem Organ dieses Verfahrens, Anhörungen und Auswahlmodi so zu gestalten, dass solche Personen dauerhaftes Bleiberecht in der BRD erhalten, bei denen eben diese Asylgründe vorliegen. Eine PTSD an sich kann kein solcher Asylgrund sein. Wie sich jedoch in der Untersuchung gezeigt hat, sind die Ursachen, die bei den betreffenden Personen zur Entwicklung einer PTSD

geführt haben, in den meisten Fällen nicht ziviler Natur, sondern lassen asylrechtlich relevante Zusammenhänge vermuten, die es in der Anhörung zu ermitteln gilt.

Fazit: Bei einer PTSD-Prävalenz, zufolge welcher circa jeder dritte Antragsteller von dieser psychischen Störung betroffen ist, steigen die Anforderungen an ein verfahrensökonomisches Asylverfahren. Diese Befunde zeigen ein Verbesserungspotential an und geben Anlass zu Überlegungen, wie dieses am sinnvollsten ausgeschöpft werden kann.

Danksagung

Diese Studie wurde durchgeführt mit Unterstützung des *Bundesamtes zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFl)* und des *Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF)*. Wir danken Herrn Raymond Melchisedech (EFF), Herrn Prof. Dr. Thomas Elbert, Frau Prof. Dr. Brigitte Rockstroh (Universität Konstanz) und Herrn Wolfgang Eichhorn, Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, Nürnberg für Beratung und Unterstützung sowie den Asylbewerbern und Einzelentscheidern für ihre Teilnahme.

Literatur

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistic manual of mental disorders, forth edition – text revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

- Basoglu, M., Paker, M., Özmen, E., Tasdemir, Ö., & Sahin, D. (1994). Factors related to Long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. JAMA, 272 (5), 357-363.
- Blair, R. G. (2000). Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah. Health Soc Work, 25, 23-30.
- Bleich, A., Koslowsky, M., Dolev, A., & Lerer, B. (1997). Post-traumatic stress disorder and depression. British Journal of Psychiatry, 170, 479-482.
- Breslau, N. (2002). Epidemiological studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. Can J Psychiatry, 47 (10), 923-929.
- Breslau, N., Davis, G. C., Schultz, L. R. (2003). Posttraumatic Stress Disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. Arch Gen Psychiatry, 60, 289-294.
- Burnett, A., Peel, M. (2001). What brings asylum seekers to the United Kingdom? BMJ, 322, 485-488.
- Cardozo, B. L., Vergara, A., Agani, F., Gotway, & C. A. (2000). Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. JAMA, 284 (5), 569-577.
- Carlson, E. B. (1993). Mental health status of Cambodian refugees ten years after leaving their homes. Am J Orthopsychiatry, 63, 223-231.
- Daly, R.J. (1983). Torture and other forms of inhuman and degrading treatment. In Helping victims of violence. Proceedings of a working group on the psychosocial

consequences of violence. The Hague, Holland: Ministry of Health and Cultural Affairs, Government Publication Office.

Ehlers, A., Steil, R. & Winter. (1995), PDS-deutsche Version, University of Oxford, unveröffentlicht.

Eitinger, L. (1983). Psychological consequences of war- Disturbances in helping victims of violence. The Hague, Holland: Government Publishing Office.

Elbert T., Schauer, M. (2002) Psychological trauma: Burnt into memory. Nature, 419, 883.

Friedman, M. (2000) Post Traumatic Stress Disorder: the latest assessment and treatment strategies. Compact Clinicals, Kansas City.

Foa, E. B. (1995). Posttraumatic Stress Diagnostic Scale: Manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Gernaat, H. B., Malwand, A. D., Laban, C. J., Komproe, I., de Jong, J. T. (2002). Many psychiatric disorders in Afghan refugees with residential status in Drenthe, especially depressive disorder and post-traumatic stress disorder. Ned Tijdschr Geneesk, 146, 1127-1131.

Gerritsen, A. A. M., Bramsen, I., Deville, W., van Willigen, L. H. M., Hovens, J. E., van der Ploeg, H. M. (2004). Health and health care utilisation among asylum seekers and refugees in the Netherlands: design of a study. BMC Public Health, 4 (7).

Herlihy, J., Scragg, P., Turner, S. (2002). Discrepancies in autobiographical memories- implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study. BMJ, 324, 324-327.

- Holtz, T. H. (1998). Refugee trauma versus torture trauma: A retrospective controlled cohort study of Tibetan Refugees. The Journal of Nervous and Mental Disease, 186 (1), 24-34.
- Karunakara, U., Neuner, F., Schauer, M., Singh, K., Hill, K., Elbert, T., Burnham G. (2004) Traumatic Events and Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandan nationals in the West Nile. African Health Sciences,(in press).
- Keller, A. S., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, E., Leviss, J. A., Singer, E., Smith, H., Wilkinson, J., Kim, G., Allden, K., Ford, D. (2003). Mental health of detained asylum seekers. The Lancet, 362, 1721-1723.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J., A., Hough, R. L., Jordan, B., K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1990). Trauma and the Vietnam War Generation. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Marusic, A., Kozaric-Kovacic, D., Folnegovic-Smalc, V., Ljubin, T., Zrncic, A., & Ljubin, S. (1995). Use of two PTSD scales an assessing posttraumatic stress disorder in refugees and displaced persons from Bosnia and Herzegovina and Croatia. Psychologische Beiträge, 37, 209-214.
- Mollica, R. F., Wyshak, G., & Lavelle, J. (1987). The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. Am J Psychiatry, 144, 1567-1572.
- Mollica, R. F., Poole, C., & Tor, S. (1998). Symptoms, functioning and health problems in a massively traumatized population. In B. P. Dohrenwend (Ed.), Adversity, Stress and Psychopathology (34-51). New York, NY: Oxford University Press.

- Mollica, R., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vukovic, I. S., & Massagli, M. P. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees, JAMA, 286 (5), 546-554.
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert C., Elbert, T. (2004) Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for PTSD through previous trauma in West Nile refugees. BMC Psychiatry (in press).
- Peltzer, K. (1999). Trauma and mental health problems of Sudanese refugees in Uganda. Central African Journal of Medicine, 45(5), 110-113.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community. Prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand, 101, 46-59.
- Roodenrijs, T. C., Scherpenzeel, R. P., de Jong, J.- T.V.- M. (1998). Traumatic experiences and psychopathology among Somalian refugees in the Netherlands. Tijdschrift voor Psychiatrie, 40, 132-142.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Saigh, P. A., & Bremner, J. D. (1999). Posttraumatic stress disorder. Boston: Allyn and Bacon
- 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. ESTSS (European Society for Traumatic Stress Studies) Bulletin, 10 (2), 5-6.

- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Association with pre-migration trauma and post-migration stressors. British Journal of Psychiatry, *170*, 351-357.
- Silove, D., Steel, Z., McGorry, P., Mohan, P. (1998). Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants. Acta Psychiatrica Scandinavica, *97*, 175-181.
- Silove, D., Steel, Z., & Mollica, R. F. (2001). Detention of asylum seekers: Assault on health, human rights, and social development. The Lancet, *357*, 1436-1437.
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P., & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees and immigrants. Journal of Traumatic Stress, *12*, 421-435.
- Steel, Z., & Silove, D. (2000). The psychosocial cost of seeking and granting asylum. In A. Y. Shalev, R. Yehuda, & A. C. McFarlane, International Handbook of Human Response to Trauma (pp. 421-438). New York, NY: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Thulesius, H., Hakansson, A. (1999). Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian refugees. Journal of Traumatic Stress, *12* (1), 167-174.
- Turner, S. W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L., Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. Br J Psychiatry, *182*, 444-448.
- Wittchen, H.-U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D., Regier, D. & participants of the WHO/ADAMHA field trials. (1991). Cross-cultural feasibility,

reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI)- Results of the multicenter WHO/ADAMHA field trials. (Wave I). British Journal of Psychiatry, 159, 645-653.

Wittchen, H.-U., Weigel, A., Pfister, H. (1996). DIA-X – Diagnostisches Expertensystem. Frankfurt: Swets Test Services.

Wittchen, H.-U., & Pfister, H. (Hrsg.). (1997). Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X Interviews. Frankfurt: Swets Test Services.

World Health Organization (1997). Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 2.1. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).

Abbildung 1: PTSD-Prävalenz nach Untersuchergruppen

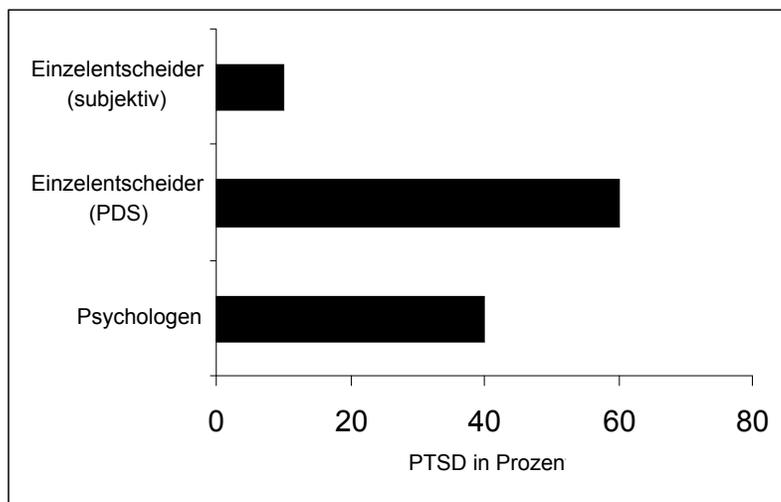


Tabelle 1: Herkunftsländer in der Gruppe der nachuntersuchten Asylbewerber

Algerien	6	Irak	5
Kamerun	1	Iran	1
Nigeria	2	VR China	1
Sudan	2	Ecuador	1
Uganda	1	Serbien- Montenegro	3
Afghanistan	2	Türkei	11
Indien	4		

Tabelle 2: 1) Häufigkeiten der traumatischen Ereignisse in PDS und M-CIDI, 2) Übereinstimmungswerte in Prozent und Kappa und 3) Fälle von PTBS nach Ereignissen

Ereignis	1		2		3
	PDS (%)	M-CIDI (%)	Übereinstimmungen (%)	Kappa	PTBS nach M-CIDI (%)
Total	40 (100)	40 (100)	-	-	16 (40.0)
Unfall	14 (35.0)	21 (52.5)	62.5	.26	1 (2.5)
Naturkatastrophe	15 (37.5)	14 (35.0)	87.5	.73	-
Gewalt (auf eigene Person) ¹	28 (55.0)	25 (62.5)	-	-	2 (5.0)
Gewalt (Zeuge)	22 (70.0)				
Vergewaltigung (Familie)	1 (2.6)	0 (0)	97.4	-	-
Vergewaltigung (fremd)	7 (17.5)	3 (7.5)	85.0	-	-
Sex. Kontakt unter 18 J.	8 (23.5)	2 (5.0)	82.4	-	-
Krieg	14 (35.0)	13 (32.5)	67.5	.27	3 (7.5)
Gefangenschaft	14 (35.0)	20 (50.0)	75.0	.50	1 (2.5)
Folter	17 (42.5)	12 (30.0)	82.5	.63	5 (14.3)
Krankheit	4 (10.0)	1 (2.6)	87.2	-	-
Leichen sehen	-	23 (57.5)	-	-	2 (5.0)
Anderes	15 (39.5)	13 (32.5)	63.2	21.0	2 (5.0)

¹ Das M-CIDI-Ereignis „Gewalt“ ist in der PDS unterteilt in die Ereignisse „Gewalt auf die eigene Person“ und „Gewalt (Zeuge)“. In der Tabelle sind jeweils die Nennungen in PDS und M-CIDI dargestellt. Übereinstimmungen konnten in dieser Kategorie aufgrund der mangelnden Kompatibilität der Instrumente nicht berechnet werden.

Tabelle 3: Häufigkeiten der Einzelsymptome und Symptomcluster

Symptom	PDS (%)	M-CIDI (%)
1. Gedanken	28 (70.0)	27 (67.5)
2. Alpträume	17 (42.5)	21 (52.5)
3. Wiedererleben	21 (52.5)	13 (32.5)
4. Belastung durch Erinnern	30 (75.0)	28 (70.0)
5. körperliche Reaktionen	24 (60.0)	21 (52.5)
Cluster 1: Intrusionen	31 (77.5)	33 (82.5)
6. Gedanken vermeiden	29 (72.5)	30 (75.0)
7. Orte, Dinge etc. meiden	21 (52.5)	18 (45.0)
8. Teilamnesie	8 (20.0)	7 (17.5)
9. Interessenverlust	15 (37.5)	19 (47.5)
10. Gefühl der Entfremdung	18 (45.0)	9 (22.5)
11. Taubheit	12 (31.6)	9 (22.5)
12. Zukunft	23 (57.5)	9 (22.5)
Cluster 2: Vermeidung	28 (70.0)	19 (47.5)
13. Schlaf	25 (62.5)	21 (52.5)
14. Reizbarkeit	16 (40.0)	16 (40.0)
15. Konzentration	22 (55.0)	20 (50.0)
16. Wachsamkeit/Sorgen	18 (45.0)	17 (42.5)
17. Schreckhaftigkeit	26 (65.0)	15 (37.5)
Cluster 3: Übererregung	29 (72.5)	23 (57.5)

Tabelle 4: Übereinstimmungen PDS² und M-CIDI³ auf Clusterebene

Cluster	Kreuztabelle		Übereinstimmungen in %	Kappa	
Wiedererleben		M-CIDI-nein	M-CIDI-ja	65.0	-
	PDS-nein	1	8		
	PDS-ja	6	25		
Vermeidung		M-CIDI-nein	M-CIDI-ja	52.5	.07 (n.s.)
	PDS-nein	7	5		
	PDS-ja	14	14		
Übererregung		M-CIDI-nein	M-CIDI-ja	60.0	.14 (n.s.)
	PDS-nein	6	5		
	PDS-ja	11	18		

² PDS= Posttraumatic Diagnostic Scale

³ M-CIDI= Munich-Composite International Diagnostic Interview