

*Gesundheit und Stress  
bei osteuropäischen Bildungsmigranten in  
Deutschland*

Dissertation

vorgelegt an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften,  
Universität Bielefeld  
zur Erlangung des Grades Doctor of Public Health

**Vihra Naydenova**

2007

*Gesundheit und Stress  
bei osteuropäischen Bildungsmigranten in  
Deutschland*

Dissertation

vorgelegt an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften,

Universität Bielefeld

zur Erlangung des Grades Doctor of Public Health (DrPH)

**Vihra Naydenova**

DAAD Stipendiatin

2007

# Gliederung

<b>Gliederung</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>Danksagung</b> .....	<b>9</b>
<b>Kapitel 1</b> .....	<b>12</b>
1. Einleitung.....	12
<b>Kapitel 2</b> .....	<b>16</b>
2. Theoretische Konzepte .....	16
2.1. Definition von Gesundheit und Krankheit	17
2.2. Stresskonzepte, Stress und Gesundheit	20
2.3. Migration und psychische Gesundheit	32
<b>Kapitel 3</b> .....	<b>58</b>
3. Forschungsstand.....	58
3.1. Statistische Daten über die Zahl und Charakteristika der Gruppe ausländischer Studierender in Deutschland. Entwicklungen in den letzten Jahren	59
3.2. Die gesundheitliche Lage von Studierenden in Hinblick auf das Gesundheitsverhalten. Psychische Gesundheit	69
3.3. Die gesundheitliche Lage von ausländischen Studierenden Im Vergleich mit den deutschen Studenten	83
<b>Kapitel 4</b> .....	<b>86</b>
4. Forschungsziele und Forschungshypothesen .....	86
4.1. Forschungsziele und Forschungsmodell	86
4.2. Forschungshypothesen	94
<b>Kapitel 5</b> .....	<b>96</b>
5. Methodik.....	96
5.1. Methodisches Vorgehen	96
5.2. Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe	97
5.3. Beschreibung des Fragebogens	97
5.4. Beschreibung der Fragen und der Skalen	98
5.4.1. Subjektive Gesundheit	98
5.4.2. Zufriedenheit	99
5.4.3. Psychosomatik	101
5.4.4. Stressoren und Belastungen	103

5.4.5. Messung von wahrgenommenem Stress	105
5.4.6. Messung der sozialen Unterstützung	106
5.4.7. Messung von Depressiver Symptomatik	107
5.4.8. Migration und Migrationstendenzen	109
5.4.9. Fragen nach dem Gesundheitsverhalten der Studierenden	109
5.4.10. Soziodemographische Daten und allgemeine Angaben	110
5.4.11 Auswertung	111
5.4.12. Übersicht über den Arbeits- und Zeitplan der Untersuchung	111
<b>Kapitel 6.....</b>	<b>113</b>
6. Empirische Ergebnisse der Befragung.....	113
6.1. Allgemeine Angaben und deskriptive Statistik	113
6.1.1. Nationalität	113
6.1.2. Geschlechtszusammensetzung	114
6.1.3. Religion	115
6.1.4. Alters- und Einkommenszusammensetzung	116
6.1.5. Familienstand und Partnerschaft	120
6.1.6. Wohnungssituation	121
6.1.7. Kinder	122
6.1.8. Ausbildung der Eltern	123
6.1.9. Studium, Finanzierung des Studiums und Leistungen	124
6.2. Selbstberichteter Gesundheitszustand der osteuropäischen Bildungsmigranten und der deutschen Studierenden	127
6.2.1. Subjektives Empfinden des allgemeinen Gesundheitszustands	127
6.2.2. Verbesserung/ Verschlechterung des Gesundheitszustands	128
6.2.3. Wie stark achten die Studierenden auf ihre Gesundheit?	129
6.3. Soziale Unterstützung bei den Bildungsmigranten und der deutschen Kontrollgruppe	130
6.4. Subjektive materielle, soziale und andere Wünsche der Bildungsmigranten und Motivation für die Migration	132
6.5. T-Test Analyse. Zufriedenheit und psychosomatische Beschwerden im Vergleich	136
6.5.1. Zufriedenheit im Vergleich	136
6.5.2. Belastungen und Stressoren im Vergleich	139
6.5.3. Psychosomatische Beschwerden im Vergleich	143
6.6. Gesundheitsverhalten im Vergleich	148
6.7 . Wahrgenommener Stress im Vergleich	153
6.8. Depressive Symptomatik bei den Bildungsmigranten und bei der Kontrollgruppe	155

<b>7. Kapitel.....</b>	<b>157</b>
7. Überprüfung des Forschungsmodells.....	157
7.1. Faktorenanalyse der Stressoren bei den Bildungsmigranten und bei den deutschen Studierenden	159
7.2. Korrelationsanalyse. Zusammenhang zwischen Stressoren, Ressourcen und psychischer Gesundheit	164
7.3. Regressionsanalyse. Einfluss der Stressoren und Ressourcen auf die depressive Symptomatik und auf den wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten	172
<b>Kapitel 8.....</b>	<b>180</b>
8. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse .....	180
8.1. Teil 1. Diskussion der deskriptiven Analyse und der Vergleichsanalyse	181
8.2. Teil 2. Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse des Forschungsmodells	195
<b>Literatur:.....</b>	<b>211</b>
<b>Erklärung an Eides Statt .....</b>	<b>232</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Statistisches Bundesamt Deutschland 2006 .....	47
Tabelle 2. Einfluss verschiedener Überlegungen auf die Entscheidung für Deutschland .....	65
Tabelle 3. Spezifische psychosomatische Beschwerden im Überblick.....	76
Tabelle 4. Beschwerden im Überblick, Angaben in Prozent (Allgöwer, 2000).....	77
Tabelle 5. Verteilung. Sportart (Allgöwer, 2000) .....	78
Tabelle 6. Fragebogen. Fragen nach dem Gesundheitszustand .....	98
Tabelle 7. Fragen nach der Zufriedenheit .....	100
Tabelle 8. Fragebogen. Fragen nach der Zufriedenheit (2) .....	101
Tabelle 9. Fragebogen. Fragen nach den psychosomatischen Symptomen.....	102
Tabelle 10. Fragebogen. Fragen nach den Belastungen .....	104
Tabelle 11. Fragebogen. Fragen nach den Belastungen.....	105
Tabelle 12. Fragebogen. PSS - 14 Stress Skala .....	106
Tabelle 13. Fragebogen. Fragen nach der sozialen Unterstützung.....	107
Tabelle 14. Fragebogen. Fragen nach Depression.....	108
Tabelle 15. Fragen nach Migratiostendenzen .....	109
Tabelle 16. Fragebogen. Alkoholmissbrauch. CAGE.....	110
Tabelle 17. Arbeitsplan der Untersuchung .....	112
Tabelle 18. Vergleich Deutsche - Ausländer. Antworten auf die Frage „Haben Sie Kinder?“ .....	122
Tabelle 19. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit“.....	130
Tabelle 20. Verteilung der berichteten materiellen, sozialen und anderen Wünsche der Bildungsmigranten.....	133
Tabelle 21. Verteilung der Antworten auf die Frage „Was wären die ausschlaggebenden Gründe für Sie, Ihren derzeitigen Wohnort zu verlassen?“ .....	134
Tabelle 22. Mittelwerte bei der Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?“ .....	137
Tabelle 23. Mittelwerte bei der Frage „Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?“ .....	138
Tabelle 24. Mittelwerte bei der Frage „Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?“ .....	139
Tabelle 25. Mittelwerte bei der Frage nach den Belastungen.....	140
Tabelle 26. Mittelwerte bei der Frage nach den Belastungen (2) .....	141
Tabelle 27. Mittelwerte auf der Frage nach den Belastungen (3) .....	142
Tabelle 28. Mittelwerte bei der Frage nach den Belastungen (4) .....	143
Tabelle 29. Mittelwerte im Bereich der psychosomatischen Beschwerden für die beiden Gruppen ..	144
Tabelle 30. Mittelwerte bei beiden Gruppen im Bereich der psychosomatischen Beschwerden .....	144

Tabelle 31. Mittelwerte bei beiden Gruppen im Bereich der psychosomatischen Beschwerden .....	145
Tabelle 32. Auswirkung des Geschlechts auf das Gesundheitsverhalten .....	150
Tabelle 33. Auswirkung der Wohnsituation auf das Gesundheitsverhalten .....	151
Tabelle 34. Auswirkung des Alters auf das Gesundheitsverhalten .....	152
Tabelle 35. Geschlechtsunterschiede bei dem wahrgenommenen Stress bei den untersuchten Bildungsmigranten .....	154
Tabelle 36. Depressive Symptomatik nach Geschlecht .....	156
Tabelle 37. Faktorenanalyse der Stressoren .....	160
Tabelle 38. Reliabilität der Faktoren .....	161
Tabelle 39. Unterschiede in den Mittelwerte der Stressoren bei den beiden Gruppen .....	163
Tabelle 40. Zusammenhänge zwischen den Stressoren und der depressiven Symptomatik .....	165
Tabelle 41. Zusammenhänge zwischen den Stressoren und den wahrgenommenen Stress .....	168
Tabelle 42. Korrelation zwischen der sozialen Unterstützung und der depressiven Symptomatik/den wahrgenommenen Stress .....	170
Tabelle 43. Korrelation zwischen dem Einkommen und der depressiven Symptomatik/den wahrgenommenen Stress .....	171
Tabelle 44. Das erste multivariate Modell. Einfluss der Stressoren „Migration“, „Soziale Beziehungen“ und „Isolation“ auf die depressive Symptomatik .....	173
Tabelle 45. Das zweite multivariate Modell. Einfluss der sozialen Unterstützung und der Stressoren „Migration“, „Soziale Beziehungen“, „Isolation“ auf die depressive Symptomatik .....	174
Tabelle 46. Das dritte multivariate Modell. Einfluss der Stressoren „Migration“, „Partnerschaft“ und „Isolation“ auf den wahrgenommenen Stress .....	176
Tabelle 47. Das vierte multivariate Modell. Einfluss der sozialen Unterstützung und der Stressoren „Migration“, „Partnerschaft“ und „Isolation“ auf den wahrgenommenen Stress .....	177

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Das Bio-psycho-soziale Modell der Gesundheit .....	18
Abbildung 2. Ressourcen und Stressoren, die die psychische Gesundheit beeinflussen .....	20
Abbildung 3. Eu-Stress und Dis-Stress .....	21
Abbildung 4. Einfluss von soziokulturellen und Personenvariablen auf Akkulturationsprozesse und Akkulturationsfolgen .....	28
Abbildung 5. Einflussebenen und Gesundheitsprozesse .....	39
Abbildung 6. Merkmale einer schlecht gelungenen Akkulturation.....	41
Abbildung 7. Akkulturationsstile und Persönlichkeitsmerkmale .....	43
Abbildung 8. Probleme bei der Migration, von denen Ausländer betroffen sind .....	46
Abbildung 9. Anteil der Personen mit Migrationshintergrund und der Ausländer an der Bevölkerung in den Bundesländer und in Deutschland insgesamt.....	49
Abbildung 10. Anteil der Ausländer in der EU und in Deutschland.....	53
Abbildung 11. Zahl der Migranten in und außerhalb Europas 1994-2001. Quelle: OECD .....	55
Abbildung 12. Anteil der ausländischen Studienanfänger und Studierenden im Wintersemester.....	60
Abbildung 13. HIS 17. Sozialerhebung. ....	61
Abbildung 14. Ausländische Studierende in Deutschland nach Herkunftskontinent.....	61
Abbildung 15. Zahl der ausländischen Studierenden aus Polen, Bulgarien und der Russischen Föderation 1975-2003 .....	62
Abbildung 16. Ausländische Studierende aus europäischen Herkunftsländern an deutschen Universitäten. Vergleich WS 1996/97 und 2002/03 .....	63
Abbildung 17. Schwierigkeiten in Deutschland. Anteil der Bildungsausländer .....	68
Abbildung 18. Überprüfung der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.....	88
Abbildung 19. Forschungsmodell. Einfluss der Ressourcen und Stressoren auf die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress.....	91
Abbildung 20. Schritte zur Überprüfung des Forschungsmodells .....	93
Abbildung 21. Welche Nationalität haben Sie? .....	113
Abbildung 22. Verteilung der Nationalitäten innerhalb der untersuchten Gruppe von osteuropäischen Bildungsmigranten .....	114
Abbildung 23. Verteilung der Frage: „Welches Geschlecht haben Sie?“ bei den beiden Gruppen....	115
Abbildung 24. Antworten auf die Frage: „Welcher Religion gehören Sie an?“.....	115
Abbildung 25 Vergleich Deutsche - Ausländer. Antworten auf die Frage: „Welcher Religion gehören Sie an?“ .....	116
Abbildung 26. Wie alt sind Sie?.....	117
Abbildung 27. Antworten auf die Frage „Als wie ausreichend schätzen Sie das Ihnen zur Verfügung stehende Geld ein?“ .....	117
Abbildung 28. Antworten auf die Frage „Als wie ausreichend schätzen Sie das Ihnen zur Verfügung stehende Geld ein?“ .....	118



Abbildung 29. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung nach berichtetem Einkommen abzgl. Miete (Warmmiete + Strom) .....	119
Abbildung 30. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung nach Familienstand .....	120
Abbildung 31. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Haben Sie einen festen Partner?“ .....	121
Abbildung 32. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie ist Ihre Wohnungssituation?“ .....	122
Abbildung 33. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Welche Ausbildung haben Ihre Eltern (Mutter)?“ .....	123
Abbildung 34. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Welche Ausbildung haben Ihre Eltern (Vater)?“ .....	124
Abbildung 35. Verteilung nach Studienfächern .....	125
Abbildung 36. Verteilung der Antworten bei der Frage „Wie wichtig ist es Ihnen, gute Leistungen an der Universität zu erbringen?“ .....	126
Abbildung 37. Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie schätzen Sie Ihre Leistung ein im Vergleich zum Durchschnitt Ihrer Kommilitonen?“ .....	127
Abbildung 38. Vergleich Deutsche-Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?“ .....	128
Abbildung 39. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?“ .....	129
Abbildung 40. Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wie viele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, die Sie unterstützen, wenn es Ihnen emotional schlecht geht?“ .....	131
Abbildung 41. Verteilung der Antworten auf die Frage: „Sind Sie im Allgemeinen mit der Unterstützung, die Sie in solchen Fällen bekommen zufrieden?“ bei den Bildungsmigranten .....	132
Abbildung 42. Geschlechtsunterschiede in der Psychosomatik bei den Bildungsmigranten (I) .....	146
Abbildung 43. Geschlechtsunterschiede in der Psychosomatik bei den Bildungsmigranten (II) .....	147
Abbildung 44. Drogenkonsum bei den .....	149
Abbildung 45. Wahrgenommener Stress. Vergleich Bildungsmigranten – Deutsche .....	154
Abbildung 46. Depressive Symptomatik. Vergleich Bildungsmigranten und Deutsche .....	156
Abbildung 47. Forschungsmodell. Einfluss der Ressourcen und Stressoren auf die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress.....	157
Abbildung 48. Korrelation zwischen dem Stressor „Migration“ und der depressiven Symptomatik....	166
Abbildung 49. Korrelation zwischen dem Stressor „Isolation“ und der depressiven Symptomatik .....	167

# Abstract

## **Einführung**

In den letzten 30 Jahren lässt sich eine starke Zunahme der Zahl studierender Ausländer an deutschen Hochschulen beobachten. Die Zahl der Studierenden aus den osteuropäischen Ländern wie Russland, Polen, Bulgarien, Rumänien und andere hat in den letzten Jahren auffallend zugenommen. Bisher wurde keine Forschung der gesundheitlichen und sozialen Lage dieser Gruppe von Bildungsmigranten durchgeführt. Die empirische Untersuchung, die in der Dissertation vorgestellt wird, hat das Ziel, Erkenntnisse über die psychische Gesundheit, über das Gesundheitsverhalten und über die Ressourcen und Stressoren der Bildungsmigranten zu erlangen.

## **Methoden**

Die empirische Studie zur gesundheitlichen und sozialen Lage der osteuropäischen Bildungsmigranten wurde anhand quantitativer Methoden erhoben. Der Fragebogen beinhaltet mehrere standardisierte Messinstrumente und darüber hinaus eine Reihe von selbstentwickelten Items. Die statistischen Analysen wurden anhand des Programms SPSS durchgeführt. Die Zielgruppe der Untersuchung waren Studenten aus Osteuropa, die an der Universität Bielefeld studieren. Die Kontrollgruppe bilden deutsche Studierende derselben Universität, die in den gleichen Fächern studieren und sich im gleichen Semester wie die Migrantenstichprobe befinden. Anhand der T-Test-Analyse und der Chi<sup>2</sup>-Test-Analyse wurden die Unterschiede in Bereichen wie depressive Symptomatik, wahrgenommener Stress, Zufriedenheit, psychosomatische Beschwerden, soziale Unterstützung zwischen der Gruppe der Bildungsmigranten und der Einheimischen durchgeführt. Anhand der Faktorenanalyse, der Korrelations- und der Regressionsanalyse wird ein Forschungsmodell überprüft. Es wird getestet, ob und wie die Ressourcen und Stressoren die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress der Bildungsmigranten beeinflussen.

## **Ergebnisse und Diskussion**

Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen wurden im Bereich der sozialen Ressourcen und der psychischen Gesundheit festgestellt. Die osteuropäischen Bildungsmigranten verfügen über signifikant weniger soziale Unterstützung im Vergleich zur deutschen Kontrollgruppe ( $p=,010$ ). Die Osteuropäer zeigen im Vergleich mit der Kontrollgruppe deutlich höhere Werte an wahrgenommenem Stress ( $p=,029$ ). Im Bereich der depressiven Symptomatik ergaben sich auch Unterschiede nach dem Migrationsstatus. 29,3% der befragten Ausländer gaben eine starke depressive Symptomatik an (über 35 M-BDI Punkte). Im Vergleich dazu wiesen nur 16,5% der deutschen Studierenden einen M-BDI-Wert von über 35 Punkten auf ( $p=,026$ ). Anhand des T-Tests wurde festgestellt, dass die Ausländer höhere Raten an Unzufriedenheit, psychosozialer Belastungen und im Bereich einiger psychosomatischer Beschwerden aufweisen.

Anhand der Faktorenanalyse, der Korrelations- und der Regressionsanalyse wurde ein Forschungsmodell überprüft. Es wurde getestet, wie die Ressourcen und Stressoren die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress der Bildungsmigranten beeinflussen.

Mittels der Faktorenanalyse wurden bei den osteuropäischen Bildungsmigranten und den deutschen Studierenden als Kontrollgruppe sieben Hauptstressoren festgestellt (die Stressoren „Stressor Migration“,

„Stressor Soziale Beziehungen“, „Stressor Arbeitsbelastung“, „Stressor Partnerschaft“ „Stressor Isolation“ , „Stressor Studium“ „Stressor Berufsperspektive“).

Anhand der Korrelationsanalyse wurden signifikante Zusammenhänge zwischen den Stressoren „Migration“, „Soziale Beziehungen“, „Isolation“ und der depressiven Symptomatik ( $p < ,05$ ) bei der Bildungsmigranten festgestellt. Signifikante Zusammenhänge ergaben sich auch zwischen den Stressoren „Migration“, „Isolation“, „Partnerschaft“ und dem wahrgenommenen Stress ( $p < ,05$ ). Ein signifikanter Zusammenhang wurde zwischen der sozialen Unterstützung und der depressiven Symptomatik festgestellt, wobei der Korrelationskoeffizient negativ war. Das bedeutet: je höher die soziale Unterstützung war, desto niedriger war die depressive Symptomatik bei der Bildungsmigranten.

#### *Ergebnisse der Regressionsanalyse*

In den ersten zwei multivariaten Modellen, die die Einflussvariablen für die depressive Symptome beleuchten, hat der Stressor „Migration“ den stärksten Einfluss bei den Bildungsmigranten. Die Migranten, die hoch durch den Stressor „Migration“ belastet sind, zeigen ein deutlich erhöhtes Risiko, eine Depression zu entwickeln, im Vergleich zu Migranten, die nicht durch diesen Stressor belastet sind (1. Modell:  $OR=4,51$ ,  $p=,000$ ; 2. Modell  $OR=4,00$ ,  $p=,000$ ). Auch die soziale Unterstützung zeigte sich als ein wichtiger Einflussfaktor für die Entwicklung depressiver Symptome. Im zweiten Modell, in dem auch der Einfluss von sozialer Unterstützung auf die Entwicklung depressiver Symptome untersucht wurde, kann bei den Bildungsmigranten, die einen hohen Grad an sozialer Unterstützung haben, ein deutlich geringeres Risiko für Depression konstatiert werden, verglichen mit Migranten, die geringe soziale Unterstützung haben ( $OR=0,52$ ,  $p=,045$ ).

Die Ergebnisse der dritten und vierten multivariaten Analysen, die die Prädiktoren für wahrgenommenen Stress untersuchen, zeigen, dass der Stressor „Isolation“ den stärksten Einfluss auf wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten hat. Die Migranten, die hoch durch den Stressor „Isolation“ belastet sind, zeigen ein rund 2-fach erhöhtes Risiko für wahrgenommenen Stress im Vergleich zu Migranten, die nicht durch diesen Stressor belastet sind (3. Modell:  $OR=1,94$ ,  $p=,029$ ; 4. Modell:  $OR=1,90$ ,  $p=,025$ ). Auch im vierten Modell zeigte sich die soziale Unterstützung als ein protektiver Faktor, obschon das Ergebnis nicht signifikant ist. Die ORs weisen darauf hin, dass die Bildungsmigranten, die einen hohen Grad an sozialer Unterstützung aufweisen, ein moderat geringeres Risiko für wahrgenommenen Stress haben, im Vergleich zu Migranten, die eine niedrige soziale Unterstützung angeben ( $OR=0,88$ ).

In der Diskussion wurden Ideen und Vorschläge über die Verbesserung und Prävention der psychischen Gesundheit der Bildungsmigranten entwickelt. Hinweise für die Verbesserung ihrer sozialen Integration und ihrer gesundheitlichen Situation wurden vorgestellt und diskutiert.

# Danksagung

Besonderen Dank möchte ich Prof. Dr. Bernhard Badura und Prof. Dr. Alexander Krämer für die wissenschaftliche Betreuung und Unterstützung und für die hilfreichen inhaltlichen Ratschläge während der gesamten Dissertationsphase aussprechen.

Ich möchte mich besonders warm bei meiner Familie bedanken, bei meinem Vater Dr. Geogi Naydenov und meiner Mutter Veselina, für die konstruktive emotionale Unterstützung und dass sie an mich die ganze Zeit glaubten.

Weiterer Dank gebührt Dr. Rafael Mikolajczyk, Dr. Khan und Manas Akmatov für ihre hilfreiche Beratung und Unterstützung bei den statistischen Analysen. Von allen drei Kollegen habe ich sehr viel über die multivariaten statistischen Analysen gelernt.

Weiterhin danke ich Dr. Snezhana Ilieva, Sofioter Universität, mit der ich die drei Jahre im Kontakt war und gemeinsam mit ihr auf Bulgarisch und Englisch Artikel publiziert habe. Ich bedanke mich auch für die emotionale Unterstützung.

Ich danke auch den Lesern und Korrektoren meiner Arbeit: Frau Ballhause, Herr Samson und die anderen, die zu einer deutlichen Reduktion der Fehler, die aus meiner sprachlichen Unzulänglichkeit resultieren, beigetragen haben.

Besonderer Dank gilt Yavor Kardalev für die emotionale Unterstützung und seinen Glauben an mich während der Dissertationsphase.

Zum Schluss möchte ich mich ganz besonders beim DAAD dafür bedanken, dass er mich finanziell gefördert hat.

Bielefeld, 2007

Vihra Naydenova

# Kapitel 1

## 1. Einleitung

Migration und Mobilität sind Schlüsselbegriffe des heutigen Europa und der gesamten globalisierten Welt. In Europa lassen sich in den letzten zwanzig Jahren enorme Migrationströme aus dem Osten in den Westen beobachten (Bobeva et al., 1997). Die Isolation der osteuropäischen Länder, die sich bis zum Jahre 1989 unter kommunistischer Herrschaft befanden, die Öffnung der Grenzen und die Armut, welche in diesen Ländern herrscht, haben viele junge Leute gezwungen, ihre Zukunft in den westeuropäischen Ländern zu suchen. Eine der legalen Möglichkeiten, in westeuropäische Länder einzureisen, ist für junge Osteuropäer das Studium. Die enormen politischen und wirtschaftlichen Änderungen in den osteuropäischen Ländern haben zu großen Migrationströmen nicht nur von jungen Leuten, sondern auch vieler Wissenschaftler und Spezialisten geführt (Chalukov, 1993, Bobeva et al., 1997).

In der neueren Literatur, die sich mit der Problematik Migration auseinandersetzt, wird immer häufiger von unterschiedlichen Formen von Migration gesprochen (Schiller et al. 1992). Ein Beispiel dafür ist der Begriff Transmigration, der besagt, dass die Migranten sich mit zwei kulturellen Kontexten verbunden fühlen und weiterhin eine enge Bindung zu ihren Heimatländern bestehen bleibt.

Migration kann auch als eine Auseinandersetzung mit einer anderen Gesellschaft verstanden werden. Die neue Gesellschaft, die sich wirtschaftlich und politisch von der des Heimatlandes unterscheidet, kann die Bildungsmigranten vor Herausforderungen stellen, auf welche sie weder finanziell noch sozial vorbereitet sind. Es sind verschiedene belastende Faktoren zu vermuten, die die Gesundheit der jungen Menschen beeinflussen können.

Der Zusammenhang zwischen Migration und psychischer und physischer Gesundheit wird in den letzten zehn Jahren häufiger in der wissenschaftlichen Forschung diskutiert. Viele Autoren berichten von einem Zusammenhang zwischen Migration und dem Auftreten verschiedener psychischer Krankheiten wie Depression oder Psychosen (Riecken, 2001).

Nicht nur die Untersuchungen der letzten Jahrzehnte, sondern auch frühere Studien beweisen, dass Migration insbesondere Auswirkungen auf die Psyche der Betroffenen hat. In Untersuchungen aus den 40er und 50er Jahren des 20. Jahrhunderts konnte nachgewiesen werden, dass Migration mentale Erkrankungen wie Schizophrenie, Depression und Paranoia verursachen kann. In einigen westeuropäischen Untersuchungen wurde behauptet, dass mentale und stressbezogene Erkrankungen bei in Westeuropa lebenden osteuropäischen Migranten viermal häufiger als bei den Einheimischen auftreten. Als besonders belastend empfanden osteuropäische Migranten in England den Verlust der Heimat und die soziale Entwurzelung (Winslow, 1999, Weindling, 2001).

Migration erfordert weiterhin Energie und Ressourcen für die Anpassung an einen neuen sozialen Kontext und an eine fremde Kultur und Mentalität. Neue Herausforderungen können unterschiedlicher Art sein, z.B. die Kommunikation in einer fremden Sprache, die Anpassung an neue Normen und Regeln, der Aufbau von neuen sozialen Netzen, die Anpassung an eine neue soziale und kulturelle Welt (Faltermaier, 2001).

In vielen Untersuchungen wird von einem engen Zusammenhang zwischen Migration und psychischer Gesundheit berichtet. Die folgende Untersuchung hat das Ziel, mittels quantitativer Methoden den Zusammenhang zwischen Ressourcen, Stressoren und psychischer Gesundheit zu untersuchen sowie den Einfluss unterschiedlicher Faktoren auf die depressive Symptomatik und auf den wahrgenommenen Stress zu erforschen. Damit soll ein Beitrag zu einem besseren Verständnis der Gesundheitslage sowie der belastenden Faktoren im Alltag osteuropäischer Bildungsmigranten geleistet werden.

Im theoretischen Kapitel dieser Arbeit (Kapitel 2) werden wissenschaftliche Konzepte vorgestellt, die mit der psychischen und körperlichen Gesundheit der Bildungsmigranten im Zusammenhang stehen. Zunächst soll die neue Definition von Gesundheit gegeben werden, danach werden die bekanntesten Stress-Konzepte vorgestellt. Als Grundlage der empirischen Untersuchung dienen die

neueren Konzepte von Gesundheit, Migration und Stress. Es wird aber auch die Entwicklung der verschiedenen Gesundheits- und Stresskonzepte nachgezeichnet, um die theoretischen und wissenschaftlichen Innovationen auf diesem Gebiet besser verstehen zu können.

Am Ende des theoretischen Kapitels wird das Phänomen Migration beschrieben. Danach wird untersucht, wie die Situation der Migration den Menschen beeinflussen kann.

Im dritten Kapitel werden die Ergebnisse unterschiedlicher wissenschaftlicher Studien zur psychischen und physischen Gesundheit der Gruppe der ausländischen Studierenden zusammengefasst. Im Abschluss daran sollen deutsche Untersuchungen zur gesundheitlichen Lage der Bildungsausländer sowie ein Vergleich mit der Lage der einheimischen Studierenden vorgestellt werden. In diesem Kapitel werden auch statistische Daten über die Zahl und die sozialen Merkmale der ausländischen Studierenden in Deutschland präsentiert. Am Ende des Kapitels stehen unterschiedliche internationale Studien im Vordergrund, die sich mit den Faktoren psychosozialer Stress, Wohlbefinden, Zufriedenheit und Gesundheitsverhalten der Bildungsmigranten befassen.

In Kapitel 4 werden Hypothesen, Forschungsziele und Fragestellungen, die der quantitativen Untersuchung zugrunde liegen, formuliert.

Der entwickelte Fragebogen und die Methodik der Untersuchung werden im fünften Kapitel vorgestellt. In diesem Kapitel werden auch das Forschungsdesign und der Feldzugang erläutert. Danach soll kurz auf die quantitative Probeuntersuchung eingegangen werden, die zur Optimierung des eingesetzten Fragebogens diente. Die Stichprobe und der Untersuchungsablauf werden ebenfalls präsentiert. Am Ende des Kapitels wird der quantitative Fragebogen zur Untersuchung von subjektiver Gesundheit, depressiver Symptomatik, wahrgenommen Stress und Gesundheitsverhalten der ausländischen Studierenden und der Kontrollgruppe dargestellt.

Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung, die auf unterschiedlichen statistischen Analysen beruhen, sollen in Kapitel 6 und Kapitel 7 vorgestellt

werden. Zuerst werden die soziodemographischen Merkmale der untersuchten Gruppen von osteuropäischen Bildungsmigranten und Einheimischen präsentiert. Danach werden die Unterschiede in verschiedenen Bereichen wie psychische Gesundheit (depressive Symptomatik), subjektive Gesundheit oder soziale Unterstützung dargestellt. Mit Hilfe von T-Tests bei unabhängigen Stichproben werden die Mittelwerte in Bereichen wie z.B. psychosomatische Beschwerden bei der Gruppe der osteuropäischen Bildungsmigranten und der deutschen Kontrollgruppe verglichen.

Danach erfolgt eine Darstellung der Überprüfung des Forschungsmodells anhand Faktoren- und Korrelationsanalysen. Am Ende des Kapitels wird mittels Regressionsanalyse überprüft, wie die sozialen Ressourcen die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress der osteuropäischen Bildungsmigranten beeinflussen. Es wird auch überprüft wie die sozialen und andere Stressoren die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress beeinflussen.

Im letzten Kapitel der Dissertation werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zusammengefasst und diskutiert. Der Diskussionsteil beinhaltet die Ergebnisse und Zusammenhänge, die mit Hilfe der empirischen Untersuchung ermittelt wurden. Es wird diskutiert, wie und ob die erhobenen Stressoren und Ressourcen die psychische Gesundheit der osteuropäischen Bildungsmigranten beeinflussen und welche Strategien für die Gesundheitsförderung in Zukunft entwickelt werden können.

Die Dissertation endet mit der Generierung von Ideen und Vorschlägen für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation aller Gruppen von Bildungsmigranten in Deutschland und für eine rechtzeitige Prävention ihrer psychischen Gesundheit.



# Kapitel 2

## 2. Theoretische Konzepte

In diesem Kapitel der Dissertation werden wissenschaftliche Konzepte und Diskurse vorgestellt, die im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit der ausländischen Studierenden stehen. Zunächst soll eine moderne Definition von Gesundheit präsentiert werden, danach die bekanntesten Stress-Konzepte. Es wird dabei der Zusammenhang zwischen Stress und Krankheit und die Art und Weise, wie Stressoren die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten beeinflussen, dargestellt.

Als Grundlage dieser empirischen Untersuchung dienen neuere Konzepte von Gesundheit, Migration und Stress (Lazarus, 1984, Berry, 1990, 1998, Knoll et al, 2006). Es wird auch die Entwicklung der verschiedenen Gesundheits- und Stresskonzepte in der Forschung nachgezeichnet, um einen besseren Blick um die Neuerungen und wissenschaftlichen Innovationen zu erhalten.

Am Ende des theoretischen Kapitels wird das Phänomen Migration beschrieben. Dann wird untersucht, wie die Situation der Migration den Menschen beeinflussen kann. Da Migration nach den Ergebnissen mehrerer wissenschaftlicher Studien psychologische und somatische Belastungen bei jüngeren und älteren Individuen verursachen kann, sollen hier einige Postulate und Ergebnisse vorgestellt werden. Es werden die wichtigsten theoretischen Grundlagen, die die Basis der Untersuchung über die psychische Gesundheit der Bildungsmigranten bilden, vorgestellt.

Das theoretische Kapitel wird in folgende Unterkapitel unterteilt:

- Definitionen von Gesundheit und Krankheit. Psychische Gesundheit
- Stresskonzepte, Stress und Gesundheit
- Migration und Gesundheit
- Migration, Stress, soziale Unterstützung und Gesundheit
- Migranten in Deutschland – Zahlen und Fakten

## 2.1. Definition von Gesundheit und Krankheit

Die letzten 50 Jahre zeichnen sich durch ein neues wissenschaftliches und globales Verständnis von Gesundheit aus. Nach der Definition der WHO ist Gesundheit „der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1948).

Diese Definition ist nicht nur Ausdruck eines neuen Verständnisses von Gesundheit, sondern inspirierte auch Forscher, neue wissenschaftliche Konzepte zu entwickeln und Untersuchungen durchzuführen. Diese neue Richtung in der Wissenschaft kann als bio-psycho-soziales Verstehen der Natur des Menschen bezeichnet werden (Siegrist, 1995).

Obwohl die Definition von 1948 von vielen Autoren als zu idealistisch und utopisch kritisiert wurde (Schwartz et al., 1998), wurde die Konzeption von Gesundheit als Wohlbefinden in den neueren Gesundheitstheorien immer bedeutender.

Im biomedizinischen Modell, das im 19. Jahrhundert entstand, wird Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit verstanden. In diesem Modell, das eine so genannte naturwissenschaftliche, objektive Sicht auf die Gesundheit des Individuums hat, werden Körper und Geist als getrennte Einheiten betrachtet. Krankheiten können nach diesem Modell zwar psychisches Unwohlsein hervorrufen, aber nicht umgekehrt. Ursachen für Krankheiten werden ausschließlich genetischen oder externen Ursachen wie etwa Viren und Bakterien zugeschrieben (Knoll et al, 2006). Soziale oder psychologische Faktoren spielen jedoch kaum eine Rolle. Alle Krankheiten oder gesundheitlichen Probleme sind nach diesem Modell somatischer Natur.

Während das biomedizinische Modell im 20. Jahrhundert seine Bedeutung verlor, hatte das bio-psycho-soziale Modell der Gesundheit in der Medizin und in den Sozialwissenschaften immer größeren Einfluss. Gemäß diesem Modell spielen bei der Entstehung von Krankheiten negative Emotionen und Kognitionen wie Angst, Trauer, Depression oder Erwartungen eine große Rolle. Außerdem haben auch

soziale und wirtschaftliche Faktoren wie die finanzielle Belastung, soziale Schicht und andere Einfluss auf das Entstehen von Krankheiten (s. das Modell nach Engel, 1980).

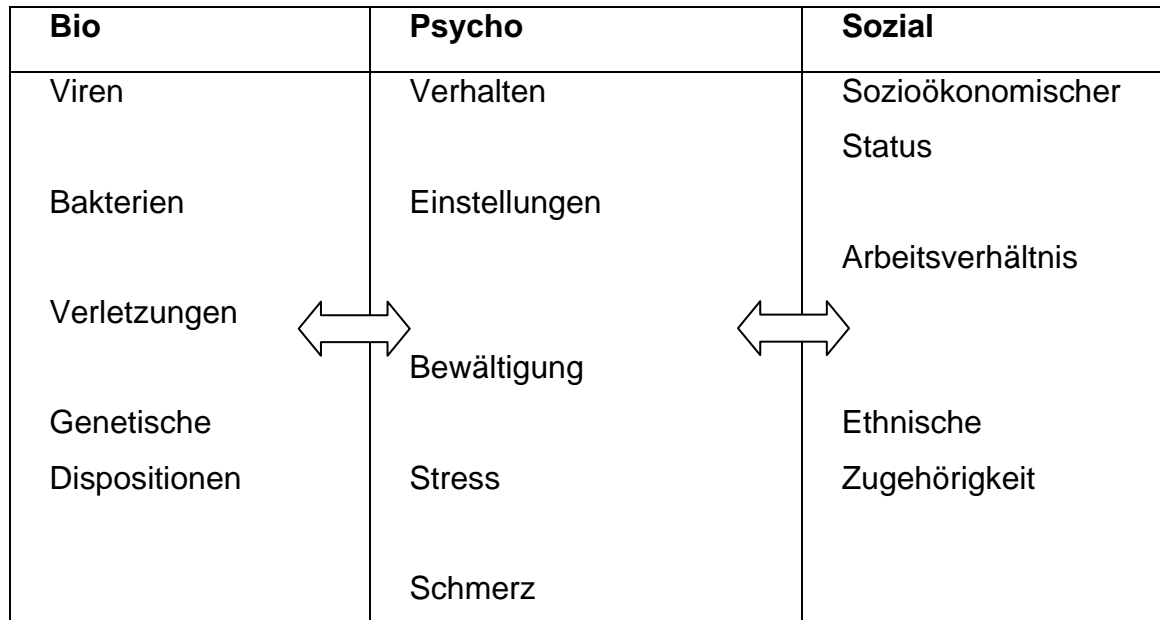


Abbildung 1. Das Bio-psycho-soziale Modell der Gesundheit (Engel, 1977, 1980)

Gesundheit und Krankheit werden in diesem Modell nicht als dichotome Eigenschaften angesehen, sondern als Endpunkte eines Kontinuums. Es ist zwar für jeden Mensch normal, sich hin und wieder zu erkälten, aber ein langes oder häufiges Auftreten von unterschiedlichen Beschwerden kann Resultat tiefer psychologischer oder sozialer Ursachen sein.

Das biopsychosoziale Modell der Gesundheit betont die große Rolle, die das Individuum bei der Förderung und Erhaltung seiner eigenen Gesundheit spielt. Für den Erhalt des Wohlbefindens und den Kampf gegen Krankheiten sind bestimmte psychische Eigenschaften, Selbstwirksamkeit und Stärke wichtig.

In diesem Sinne beschäftigen sich heutzutage immer mehr Gesundheitswissenschaftler, Gesundheitspsychologen und Soziologen mit folgender Frage: Welche Faktoren beeinflussen die psychische und physische Gesundheit und welche ein gesundheitsförderndes Verhalten? Handelt es sich dabei um Faktoren wie körperliche Aktivität, gesunde Ernährung oder das Nichtrauchen?

Eine weitere, sehr wichtige Frage in den Gesundheitswissenschaften ist die nach der Bewältigung von Belastungen, das Coping mit den Stressoren: Wie bewältigt das Individuum Schwierigkeiten und die Alltags-Stressoren? Welches sind die psychologischen Faktoren, die bei der Stressbewältigung mitwirken? Spielen soziale Faktoren eine Rolle? Ist soziale Unterstützung wichtig?

Wichtige Studien untersuchen den Einfluss der sozialen Unterstützung auf die Gesundheit der Menschen (Badura, 1981, House et al., 1988, Rodriguez&Cohen, 1998).

Bei der Gruppe der Migranten sind verschiedene Belastungen sozialer und psychologischer Natur zu beobachten (Faltermaier, 2001). Die Bildungsmigranten als Teil dieser Gruppe befinden sich in einer ihnen fremden Situation, in der die soziale Unterstützung seitens der Familie oder der Freunde sehr gering ist.

Bei Bildungsmigranten sind zudem zusätzliche Belastungen und Stressoren zu vermuten, die aus dem Studium resultieren, Kommunikationsschwierigkeiten, sprachliche Schwierigkeiten, Anpassung und Intergration an die Universität und an eine unterschiedliche Gestaltung des Bildungsprozesses.

Ziel dieser Untersuchung ist es, die Gesundheitsrisiken (Stressoren, Belastungen) und die Ressourcen (soziale Unterstützung, finanzielle Ressourcen) von Bildungsausländern zu erforschen und vorzustellen. Ein weiteres Ziel ist es, Unterschiede zwischen unterschiedlichen Aspekten der gesundheitlichen Lage und des Gesundheitsverhaltens bei einheimischen Studierenden und osteuropäischen Bildungsmigranten in Deutschland zu prüfen (s. Abbildung 2).

Geschlechtsunterschiede und der Einfluss der Alter werden auch durch die statistische Analyse gemessen.

Die Ressourcen und die Stressoren, die mit der Gesundheit verbunden sind, lassen sich wie folgt darstellen:

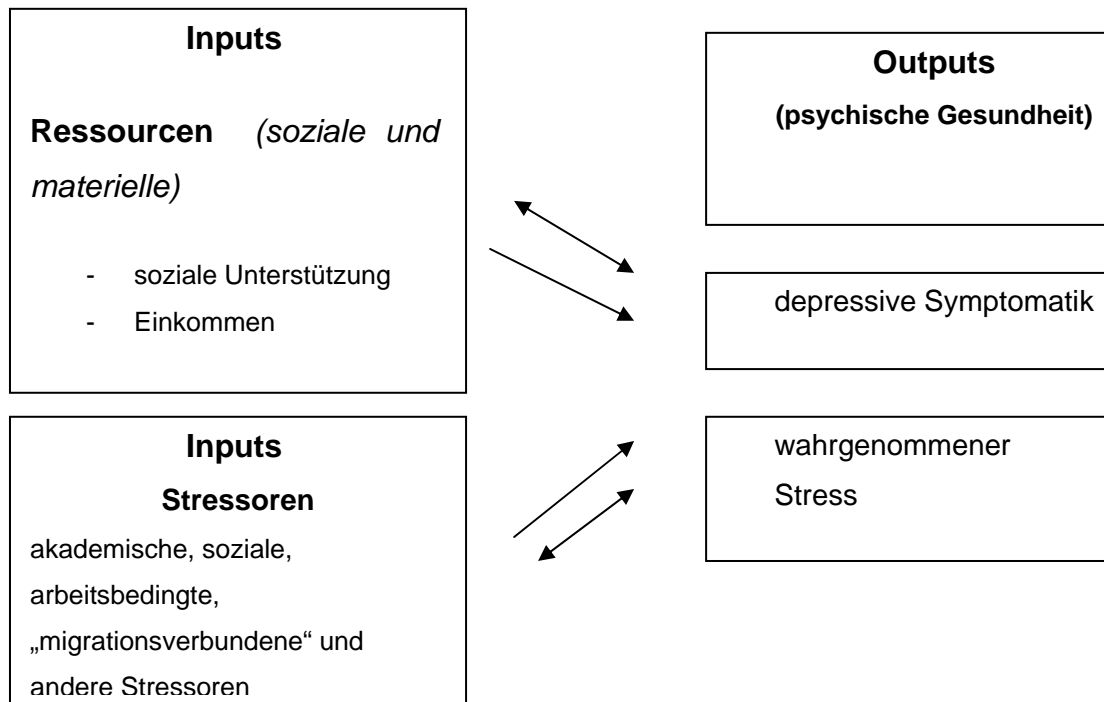


Abbildung 2. Ressourcen und Stressoren, die die psychische Gesundheit beeinflussen

## 2.2. Stresskonzepte, Stress und Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen Stress und Gesundheit ist von der Wissenschaft in den letzten Jahren umfassend untersucht worden (Bierhaus et al, 2003, Rensing et al, 2005). Stress spielt demnach besonders bei der Entstehung von Krankheiten bei Migranten eine sehr große Rolle (Weiss, 2003, Marschalck & Weidl, 2001). Der Einfluss bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen wurde in den letzten Jahren sowohl in der Medizin, der Psychologie, der Soziologie als auch in allen Sozialwissenschaften problematisiert und erforscht.

Im medizinischen Diskurs ist Stress Ausdruck von Belastung und Anspannung des ganzen Organismus. Die körperliche Reaktion bei Stress läuft zunächst immer

gleich ab. Typische Stresshormone (z.B. Adrenalin) werden vermehrt produziert und es kommt zu einer Blutdrucksteigerung. Die weitere Reaktion ist dann individuell verschieden. Manche Menschen reagieren auf die Stresshormone und die Blutdruckveränderung mit Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Herzbeschwerden, Magenschmerzen, Durchfall, gereizter Haut, Verspannungen oder Verkrampfungen. Typische psychische Stressreaktionen sind hingegen nervöse Unruhe, Gereiztheit und Schlafstörungen (Eltz & Schick, 2003).

Psychologen sprechen von Stress, wenn bei einer Person ein Ungleichgewicht zwischen äußeren Anforderungen und Handlungsmöglichkeiten vorhanden ist (Lazarus, 1984). Nach Hobfoll tritt Stress dann auf, wenn Ressourcen (Gegenstände, Bedingungen, Persönlichkeitsmerkmale und Energien) bedroht werden, verloren gehen oder fehlinvestiert werden (Hobfoll, 1989).

In der Forschung wird dem negativen Stress (Distress), welcher zu Überlastung führt und damit zu einem Auslösefaktor von Herzinfarkten oder psychosomatischen Leiden werden kann, ein positiver Stress (Eustress) gegenübergestellt, ohne den menschliche Leistungen gar nicht zustande kommen würden (Selye, 1974, Nitsch, 1981).

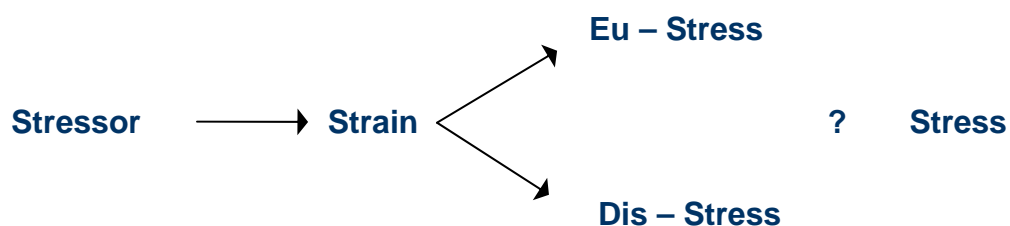


Abbildung 3. Eu-Stress und Dis-Stress (nach Lazarus & Launier, 1981)

Distress wird als ein möglicher Risikofaktor bei der Entstehung einer Vielzahl von Krankheiten angesehen.

Wolff (1950) hat versucht, die psychologischen, soziologischen und somatischen Belastungen unter dem Begriff „Zivilisationsstress“ (life stress) zusammenzufassen und hat gezeigt, dass die Häufigkeit von Erkrankungen in einem Zusammenhang mit den sozialen Belastungen steht (Hinkle & Wolff, 1957).

Auch Engel und Schmale (1967) sehen in ihrem Konzept des „giving up“ den Krankheitsbeginn im Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen.

Eine Reihe von Studien untersuchen die Rolle des Stresses in der Pathogenese von immunologischen und kardiovaskulären Erkrankungen (Cohen & Williamson, 1991). Aneshensel, Frerichs und Huba (1984) konnten eine enge Verbindung von psychischen mit physischen Beschwerden besonders bei Depressionen feststellen, bei denen somatische Beschwerden auftraten. Stress hat auch einen indirekten Effekt auf den Gesundheitsstatus einer Person, und zwar indem er die Ausübung gesundheitsschädigenden Verhaltens begünstigt. Typische gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen als Konsequenz erhöhter Stressbelastung sind ein verstärkter Alkohol-, Zigaretten- oder Tablettenkonsum, eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten oder eine Verringerung von körperlicher Bewegung (Krohne, 1997).

Um das Phänomen Stress besser verstehen und untersuchen zu können, sollen nun die Stresstheorien vorgestellt werden, die für die menschliche Gesundheit relevant sind.

### *Reaktionszentrierte Stressmodelle*

Der Begriff Stress geht auf den Physiologen Selye zurück. Sein Konzept von Stress zählt zu den so genannten reaktionszentrierten Stressmodellen. Selye definiert Stress als biologisches Phänomen: „Stress ist die unspezifische Reaktion des Körpers auf irgendeine Anforderung“ (Selye, 1974). In dieser relativ allgemein gehaltenen Definition kommt Selyes Auffassung zum Tragen, nach der sich der Organismus den Belastungen der Umgebung stellen und anpassen muss. Als Reaktion auf eine andauernde Belastung beschreibt er in Erweiterung des Cannonschen Modells der „Notfallreaktion“ zur Vorbereitung des Organismus auf „Kampf oder Flucht“ das Allgemeine Adaptationssyndrom (AAS, General adaptive Syndrome). Bei Tierexperimenten konnte Selye drei Phasen einer Stressreaktion beobachten: Die erste Phase, die so genannte Alarmreaktion, tritt auf, sobald der Organismus mit belastenden Bedingungen konfrontiert wird, an die er nicht adaptiert ist. In dieser Phase erfolgt zunächst eine kurzzeitige Schockreaktion mit

verschiedenen vegetativen Symptomen. An diese Phase schließt sich die Gegenschockreaktion mit einer Gegenregulierung der körperlichen Funktionen an. In der zweiten, der so genannten Widerstandsphase, erfolgt eine Anpassung an die belastenden Bedingungen. Darüber hinaus kommt es zu einem Verschwinden der Symptome. Ist aber der Widerstand gegenüber anderen Belastungen zu stark oder dauert er zu lange an, kann also der Organismus ein stabiles Gleichgewicht nicht wieder herstellen, so kommt es zur dritten Phase, der Erschöpfung. Diese ist durch den Zusammenbruch verschiedenster körperlicher Funktionen, wie beispielsweise der Immunabwehr, gekennzeichnet. Im Sinne einer Organismus-Umgebung-Interaktion unterscheiden Selyes Kritiker Stress als körperlichen oder seelischen Zustand, den Stressor als einen Stress erzeugenden Faktor und die Stressreaktion als Antwort des Organismus auf den Stressor (Bräutigam und Christian, 1986).

Später untersuchten andere Forscher in ihren wissenschaftlichen Experimenten und Studien die Auswirkungen der Art der belastenden Bedingungen (life events) zu untersuchen. Nach Wolff zum Beispiel (1950) korreliert die Häufigkeit des Auftretens menschlicher Erkrankungen mit sozialen Belastungen. Der Autor fasst die psychologischen, sozialen und somatischen Belastungen unter dem Begriff „Zivilisationsstress“ zusammen (Hinkle und Wolff, 1957).

### *Reizzentrierte Stressmodelle*

Reizzentrierte Stressmodelle theoretisieren Stress als Stimulus oder Stimuluskonstellationen und sind somit situationsbezogen. Es sind physische, selbstwertrelevante und soziale Stressoren zu unterscheiden (Laux, 1983). Die Konzeptualisierung von Stress als Stimulus ist für die Life-Stress-Forschung charakteristisch. Nach Forschern wie Laux (1983) und Bamberg&Greif (1982) entsteht Stress bei einschneidenden Ereignissen, die eine Anpassung an die veränderten Lebensumstände erfordern.

Im Gegensatz zur Life-event-Forschung definieren Lazarus und Folkman (1984) Stressoren in Form von „daily hassles“ (Mikro-Stressoren). Sie begründen ihre Konzeptualisierung für die Rolle der „daily hassles“ damit, dass die Mikro-Stressoren eine größere Bedeutung für die Ätiologie von physischen und psychischen Krankheiten haben (Lazarus und Folkman, 1984, Cohen et al., 1989).



### *Transaktionale Stressmodelle*

Die transaktionalen Konzeptionen von Stress und insbesondere die Theorie von Lazarus bilden die Grundlage der modernen psychologischen Stressforschung. Der Stressprozess wird dabei nicht nur in Abhängigkeit von situativen Faktoren, sondern auch von Persönlichkeitsvariablen gesehen. Lazarus interpretiert Stress als ein relationales Phänomen, das aus der Beziehung zwischen einer Person mit ihren Fähigkeiten und den an sie gestellten Anforderungen aus der Umwelt entsteht.

Als Stress definiert Lazarus jedes Ereignis, bei dem äußere oder innere Anforderungen die Anpassungsfähigkeit eines Individuums beanspruchen oder übersteigen und sein Wohlbefinden dann gefährden, wenn sie nicht bewältigt werden können (Lazarus & Launier, 1981). Die betroffene Person bewertet jedes stressreiche Ereignis nach zwei Gesichtspunkten: Die primäre Einschätzung bezieht sich darauf, inwiefern das Wohlbefinden beeinträchtigt wird, die sekundäre Bewertung betrifft die Bewältigungsmöglichkeiten. Es werden drei Arten von primären Stress-Bewertungen unterschieden: Schädigung oder Verlust, Risiko oder Bedrohung sowie Herausforderung. Risiko oder Bedrohung beziehen sich auf ein zukünftiges Stressereignis, eine zukünftige Schädigung oder einen Verlust. Schädigung oder Verlust beziehen sich hingegen auf ein bereits eingetretenes Ereignis, das einen Schaden mit sich bringt. Herausforderung meint ein zukünftiges Stressereignis, das als Möglichkeit zur persönlichen Entwicklung aufgefasst werden kann. Schädigungs- oder Verlust- und Bedrohungsbewertungen sind durch unterschiedliche negative Emotionen wie Angst, Zorn oder Furcht gekennzeichnet (Lazarus, 1981, Folkman, 1984). Positive Emotionen wie Hoffnung oder Optimismus können eine wirksame problemzentrierte Bewältigung erleichtern. Die sekundäre Bewertung bezieht sich darauf, ob und wie das Stressereignis mit den verfügbaren Möglichkeiten und Fähigkeiten bewältigt werden kann. Die Bewältigungsressourcen werden in Hinblick auf die Anforderungen der Situation evaluiert. Ressourcen können sozialer (das soziale Netzwerk), psychischer (Selbstwertgefühl oder Problemlösefähigkeiten), physischer (Energie oder Widerstandskraft) oder

materieller Natur (Geld) sein (Folkman, 1984). Nach dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus besteht dann Gefahr für die Gesundheit, wenn die Merkmale der Transaktion zwischen der Person und der Umwelt vom Individuum subjektiv als überfordernd oder belastend eingeschätzt werden (Lazarus, 1984).

In dieser Transaktion zwischen der Person und der Umwelt erscheint die Gefahr für die Gesundheit dann, wenn die Merkmale dieser Situation subjektiv als überfordernd oder belastend eingeschätzt werden. Es handelt sich dabei um eine subjektive Einschätzung der Situation als Gefahr für das emotionale Wohlbefinden des Menschen, um eine rein kognitive Einschätzung. Stress ist nach Lazarus also das Ergebnis eines subjektiven Einschätzungsprozesses, der von den persönlichen Merkmalen des Individuums abhängig ist. Lazarus und Folkman fassen Stress als komplexe Transaktion, die nicht nur von einer Variablen erklärt werden kann.

Die Theorie von Lazarus wird von den Psychologen in den letzten Jahren am häufigsten verwendet. Seine Theorie inspirierte andere Stressforscher und bildete die Grundlage für die Entwicklung vieler psychologischer Skalen, die das Phänomen subjektiv erlebten oder wahrgenommenen Stresses messen (Cohen et al., 1988).

Es kann zusammengefasst werden, dass Distress großen Einfluss auf die Gesundheit von Menschen hat. Dies gilt besonders bei Stress-Ereignissen wie Migration oder Belastungen, die mit einem Studium verbunden sind.

In diesem Sinne ist es interessant, zu erforschen, wie Stressoren wie z.B. Kommunikationsschwierigkeiten, sprachliche Probleme oder Isolation den wahrgenommenen Stress und die psychische Gesundheit der Bildungsmigranten beeinflussen.

### *Stress und Gesundheit - Salutogenetische Konzeptionen*

Eine der bekanntesten und neusten Konzeptionen von Gesundheit und der Rolle des Faktors Stress stammt von Aaron Antonovsky. Seine Konzeption steht im Widerspruch zur in der Wissenschaft vorherrschenden pathogenetischen Orientierung, die sich nur mit der Krankheit an sich und den Faktoren, die die

Krankheit beeinflussen, befasst. Das salutogenetische Denken von Antonovsky ermöglicht einen modernen Blick auf die menschliche Gesundheit, die er als ein Kontinuum beschreibt (Antonovsky, 1987).

Die Pathogenese geht davon aus, dass Stressoren immer negativ auf den Organismus wirken. Deshalb ist es wichtig, Risikofaktoren zu minimieren oder durch Impfungen auszuschließen. Antonovsky sieht Stressoren nicht als etwas, das fortwährend reduziert werden sollte, sondern akzeptiert sie als allgegenwärtig vom Charakter des Stressors und der erfolgreichen Auflösung der Anspannung als gesundheitsfördernd:

„Salutogenetisches Denken ermöglicht die Untersuchung der Konsequenz aus an den Organismus gestellten Anforderungen, auf die er keine direkt verfügbaren oder automatischen adaptiven Reaktionen hat, auf Stressoren also, wenn es aus theoretischer Sicht gute Gründe gibt, positive Konsequenzen für die Gesundheit vorherzusagen“ (Antonovsky, 1997). Auch wenn vollkommene Gesundheit nicht erreicht werden kann, muss diese permanent angestrebt werden. Außerdem müssen die individuellen Ressourcen des Individuums gestärkt werden. Diese Widerstandsressourcen hat Antonovsky in einem allgemeinen Konstrukt zusammengefasst, welches er „Kohärenzgefühl“ (Sense of Coherence) nennt.

Die grundlegende Fragestellung, die hinter Antonovskys salutogenetischem Modell steht, ist, warum die meisten Individuen trotz der vielfältigen, allgegenwärtigen Belastungen insgesamt mehr oder weniger gesund sind. Er betont die Vorzüge der salutogenetischen Blickrichtung auf gesunde Menschen und gesunderhaltende bzw. gesundheitssteigernde Faktoren gegenüber der bisher vorherrschenden Fokussierung auf Krankheitssymptome und auf mit der Entstehung von Krankheiten zusammenhängende pathogenetische Fragen (Antonovsky, 1987).

Antonovsky (1987) konzeptualisiert Gesundheit und Krankheit nicht in Form von zwei distinkten Zuständen, sondern als Pole eines Kontinuums, des so genannten Health-Ease-Dis-ease- oder HEDE-Kontinuums. Für eine Lokalisierung von Personen auf diesem Kontinuum sind insbesondere folgende drei Kriterien wichtig:

1. das Ausmaß an Schmerzen bzw. funktioneller Beeinträchtigung von Lebensaktivitäten, 2. die prognostische Einschätzung des Gesundheitszustandes durch Experten des Gesundheitssystems, 3. die Notwendigkeit präventiver oder kurativer Maßnahmen (Dlugosch, 1994). Insbesondere durch das zweite und dritte Kriterium unterscheidet sich das HEDE-Kontinuum von einer Dimension des Wohlbefindens.

Das Niveau der Gesundheit sieht Antonovsky als unabhängig von der Einwirkung von Stressoren. Als Reaktion auf die Stressoren entsteht ein Zustand der Spannung. Dieser Spannungszustand kann pathologische, neutrale oder heilsame Auswirkungen haben. Eine schlechte Bewältigung von Spannungen führt zu einem Stresssyndrom. Für eine günstige Stressbewältigung sind nach Antonovsky „generalisierte Widerstandsquellen“ („GRR = Generalized resistance resources“) maßgeblich (Dlugosch, 1994).

Aus der Perspektive der Salutogenese lässt sich eine Reihe von Einflussfaktoren benennen, die die Gesundheit beeinflussen, und die im Zusammenhang mit der ethnischen Zugehörigkeit stehen. Aus der Identifikation mit einer bestimmten Ethnie und Kultur können vielerlei Belastungen für den Einzelnen resultieren, die auch gesundheitliche Auswirkungen haben können, zum Beispiel die religiöse Überzeugung (Faltermaier, 2001).

Es ist interessant zu erforschen, welche Faktoren sind, die die psychischen Gesundheit der jungen Osteuropäer beeinflussen, und ob Unterschiede in den verschiedenen Aspekten der Gesundheit zwischen Ausländern und Einheimischen zu finden sind. Es ist zu vermuten, dass es besonders bei der sozialen Unterstützung der beiden Gruppen Unterschiede geben wird, da sich die sozialen Netze im Heimatland der Bildungsmigranten nicht auf das Land, in dem studiert werden soll, übertragen lassen.

## Akkulturationsstress und Migrationsstress

Der Begriff Akkulturationsstress ist in der Fachliteratur relativ neu und stammt von John Berry, der sich nicht nur mit verschiedenen Formen der Anpassung in einer fremden Gesellschaft und Kultur, sondern auch mit dem Einfluss der Migration auf die Gesundheit beschäftigt hat (Berry, 1994).

Akkulturationsstress kann auch als Migrationsstress bezeichnet werden, weil er bei der Emigration der Betroffenen entsteht. Das Modell von Berry ist sehr eng mit dem Stressmodell von Lazarus verbunden (Lazarus, 1984, 1993). Wie bei dem transaktionalen Stressmodell, handelt es sich um einen Stressverarbeitungsprozess, wobei Umwelt- und Persönlichkeitsmerkmale eine entscheidende Rolle spielen.

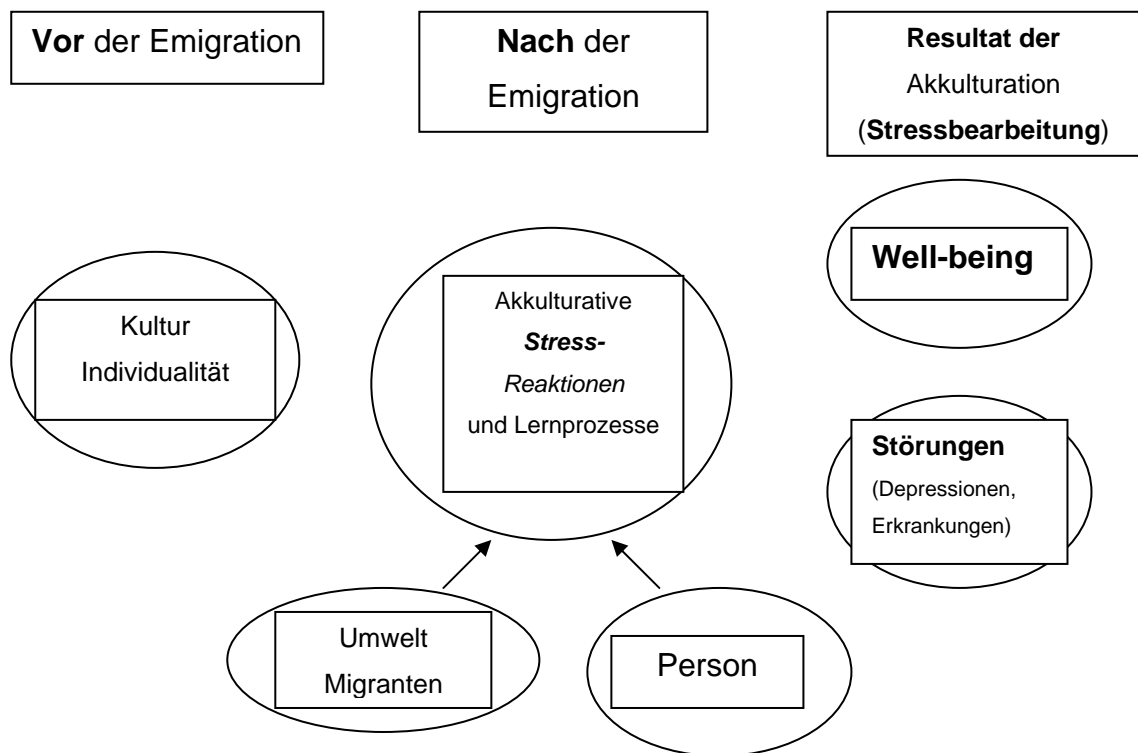


Abbildung 4. Einfluss von soziokulturellen und Personenvariablen auf Akkulturationsprozesse und Akkulturationsfolgen (Berry, 1994, modifiziert von Schmitz, 2001, vereinfachte Darstellung v. d. A.)

Beim Prozess der Akkulturation sind zwei wichtige Variablen zu betrachten: die Umwelt und die Persönlichkeit der Migrantinnen. Diese beiden Variablen bestimmen, wie und ob die Stresssituationen bewältigt werden und ob das Wohlbefinden

gefördert wird oder ob es zu einer Verschlechterung der Adaption und der individuellen Gesundheit kommt.

Für eine bessere Anpassung sind besonders die sozialen Kontakte in dem neuen Land von Bedeutung. Die Bildung von sozialen Netzwerken ist wichtig für die positive Gestaltung des Alltags, für das Wohlbefinden und sogar für die Gesundheit in der Einwanderungssituation (Berry, 1998). Soziale Kontakte fördern die soziale Sensibilität und Kompetenz, die den weiteren Aufbau von sozialen Kontakten positiv beeinflusst. Dieser Prozess dient der Minderung des akkulturativen Stresses und einer normalen Gestaltung des Lebens der Migranten (Zuhal & Steptoe, 2000, Bilge & Berry, 2002, Schmitz, 2001).

### *Soziale Unterstützung, Stress und Gesundheit*

Die Rolle der sozialen Unterstützung ist in den letzten Jahrzehnten innerhalb der Forschung zu Stress und Gesundheit breit diskutiert worden (Badura, 1981, Cohen & Wills, 1985, Hirsch & Rapkin, 1986, Krause, 1995, Troits, 1982). Dabei konnte eine Vielzahl von Studien einen Moderatoreffekt sozialer Unterstützung bezüglich der Beziehung zwischen Stressoren und Gesundheit bzw. Krankheiten belegen (Thoits, 1982).

Die meisten Untersuchungen berichten von einem positiven Effekt sozialer Unterstützung auf die Stressbewältigung. Viele Forscher zählen „social support“ zu den Copingstrategien. Das Gefühl der Zugehörigkeit und die Option, im Krisenfall das Netz mobilisieren zu können, zeigen eine protektive Wirkung (Leppin & Schwarzer, 1997).

Berkman & Syme (1979) nennen in der Alameda County Study acht gemeindeorientierte, prospektive epidemiologische Studien, in denen eine Verbindung zwischen einem Mangel an sozialer Integration auf der einen Seite und Morbidität und Mortalität auf der anderen Seite festgestellt werden konnte. Berkman weist nach, dass diejenigen Personen, die am stärksten sozial isoliert

waren, das höchste Risiko für eine Vielzahl von Erkrankungen hatten (Berkman, 1995, zit. in Leppin & Schwarzer, 1997).

Krause (1995) verweist aber auf Studien, die zu dem Ergebnis kommen, dass soziale Unterstützung die schädlichen Auswirkungen kritischer Lebensereignisse sogar verstärken kann. Neuere Arbeiten stellen die traditionellerweise als positiv beschriebenen Effekte des „social support“ immer häufiger in Frage und machen darauf aufmerksam, dass das Thema soziale Unterstützung differenziert betrachtet werden muss.

Von unterschiedlichen Formen sozialer Unterstützung sind auch unterschiedliche Effekte zu erwarten (Krause, 1995; Troits, 1982). Krause weist darauf hin, dass die meisten Untersuchungen von einem allzu vereinfachten Stressprozess ausgehen, der vor allem auch den komplexen sozialen Prozessen beim Aufsuchen und Annehmen sozialer Unterstützung nicht gerecht wird. So darf man beispielsweise keineswegs annehmen, dass jeder Mensch soziale Unterstützung jederzeit gerne empfängt. Vielmehr wird soziale Unterstützung sehr oft erst dann angenommen, wenn die individuellen Bewältigungsbemühungen gescheitert sind. Und auch wenn man die Hilfe akzeptiert, können dennoch oft Ängste, z.B. vor zu starker Abhängigkeit, auftreten (Krause, 1995).

Bei Ausländern und Migranten spielt die soziale Unterstützung als protektiver Faktor eine große Rolle. Für die Bewältigung des Lebensereignisses einer Migration, die mit einer kulturellen Anpassung verbunden ist, ist wesentlich, die eigenen Bewältigungsstile flexibel an die neuen Erfordernisse anzupassen, vorhandene Ressourcen zu nutzen und neue Ressourcen zu erschließen.

Eine Migration wird oft mit dem Gefühl der kulturellen Entwurzelung und dem Verlust wichtiger sozialer Beziehungen verbunden sein (Herberg, 1982, Baker, 1993, Faltermaier, 2001).

Die Untersuchung zu Ressourcen, Stressoren und psychischer Gesundheit bei Studenten aus osteuropäischen Ländern hat auch das Ziel, die Zusammenhänge zwischen dem „social support“ und der psychischen Gesundheit ausländischer Studierender zu erforschen. Es wird außerdem eine Antwort auf die Frage

gesucht, welche sozialen oder finanziellen Faktoren zu Gesundheit führen oder das Risiko für verschlechterte psychische Gesundheit erhöhen.

## *Psychische Gesundheit*

Es gibt unterschiedlichen Definitionen der psychischen Gesundheit. Die meisten Autoren beschreiben die psychische Gesundheit als Abwesenheit von psychischen Störungen (Nesse, 2005) oder als emotionales und kognitives Wohlbefinden (Witmer, Sweeny, 1992).

Die psychische Gesundheit kann als ein wichtiger Teil der menschlichen Gesundheit gesehen werden. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1946) „Gesundheit ist ein Zustand völligen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“, wobei die Bedeutung der psychischen Gesundheit und Wohlbefinden betont wird.

Nach der Weltgesundheitsorganisation es besteht keine „offizielle“ Definition der psychischen Gesundheit: „Cultural differences, subjective assessments, and competing professional theories all affect how „mental health“ is defined“ (WHO, 2001).

Autoren wie Antonovsky sehen die psychische Gesundheit als das Gefühl des seelischen Wohlbefindens. In seinem Gesundheits-Krankheits-Modell, betrachtet er die psychische Gesundheit als etwas anderes als Nicht-Krankheit. Als Auslöser Krankheit betrachtet Antonovsky die unterschiedlichen Lebensstressoren (Antonovsky ,1987, 1997).

Für andere Autoren kann die psychische Gesundheit als das Gefühl sozialen Wohlbefindens gesehen werden. Dabei sind die sozialen Anbindungen wesentlich – in der Familie, im Freundeskreis oder in der Gesellschaft (Schiffer, 2001). Nach Schwarzer und Leppin (1989) hat die soziale Unterstützung einen deutlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit. Sie kann auch als Puffer bei der Stressverarbeitung wirken (Schwarzer und Leppin, 1989).



Nach Autoren wie Nesse (2005) kann die psychische Gesundheit als Abwesenheit von psychischen Störungen gesehen werden. Psychischen Erkrankungen umfassen psychische Gesundheitsprobleme und – belastungen und auch unterschiedliche psychischen Störungen.

Als verbreitetsten psychischen Erkrankungen in Europa sind Angst und Depression. Nach den Daten der Weltgesundheitsorganisation, kann es vermutet werden, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen in den Industriestaaten die zweithäufigste Ursache von Erkrankungen sein werden (WHO, 2007). In diesem Zusammenhang werden die Untersuchungen der psychischen Gesundheit und die Faktoren, die damit verbunden sind von großem wissenschaftlichem Interesse in den letzten Jahren und in der Zukunft.

### **2.3. Migration und psychische Gesundheit**

Ausländische Studierende in Deutschland befinden sich in einer Migrationssituation. Sie wohnen über einen langen Zeitraum hinweg entfernt von ihrer Heimat, ihrer Kultur und ihrem sozialen Umfeld. Diese spezifische Situation ist durch bestimmte Merkmale und Belastungen charakterisiert, die für jedwede Migration typisch sind. Jede Migration kann als eine Stresssituation und ein kritisches Lebensereignis bezeichnet werden. Für die meisten Forscher in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften ist die Stresssituation jedoch eine emotional negative, als unangenehm erlebte Beanspruchung, die aus einem Missverhältnis zwischen den Anforderungen der Situation und den eigenen Handlungsmöglichkeiten bzw. Bedürfnissen resultiert. Dieses Missverhältnis wird als für das eigene Wohlbefinden bedrohlich erlebt (Lazarus & Folkman, 1984, Greif et al, 1991, Riecken, 2001, Marschalck & Weidl, 2001). Damit die verschiedenen Aspekte der Migration besser verstanden werden, soll im Folgenden der Begriff „Migration“ eingehend erläutert werden.

Migration ist eine Art von Wanderung. Eine Wanderung wiederum ist nach Definition jeder dauerhafte Wechsel des Wohnsitzes. Wanderungen wurden früher auch als horizontale Mobilität bezeichnet. In der heutigen Forschung bezieht sich

der Begriff auf eine bestimmte Art der sozialen Mobilität, nämlich auf einen Berufswechsel innerhalb der gleichen sozialen Schicht (Terkessidis, 2000).

Migration ist ein Spezialfall der Wanderung, nämlich eine Auswanderung aus einem und Einwanderung in ein anderes Land, also ein Wohnsitzwechsel über die Grenzen eines Staates hinweg. Migration ist in diesem Zusammenhang gleichbedeutend mit internationaler Wanderung. Es gibt verschiedene Arten von Migration. Ein besonderer Fall zum Beispiel ist die Fluchtmigration. Laut der Genfer Flüchtlingskonvention ist Fluchtmigration die räumliche Bewegung einer Person, die sich „aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will“ (Genfer Flüchtlingskonvention, 1951).

Die Geschichte der Migration ist sehr lang, da Migration seit Jahrtausenden in Form von Völkerwanderungen stattfindet. Laut Terkessidis war Migration vielfach mit Kriegen zur Eroberung neuer Territorien verbunden, andererseits wurde sie aber auch politisch gefördert. Eine poetische Beschreibung der Migration gibt Hannah Arendt 1955 in dem Buch „Elemente und Ursprünge totalitärer Herrschaft“: „Historisch beispiellos ist nicht der Verlust der Heimat, wohl aber die Unmöglichkeit, eine neue zu finden. Jählings gab es auf der Erde keinen Platz mehr, wohin Wanderer gehen konnten, ohne den schärfsten Einschränkungen unterworfen zu sein, kein Land, das sie assimilierte, kein Territorium, auf dem sie eine neue Gemeinschaft errichten konnten.“ (Arendt, 1955).

Die Zusammenhänge zwischen Migration und psychischer Gesundheit sind von großem wissenschaftlichem Interesse, besonders in Zeiten der Globalisierung.

Die Salutogenese als Theorie zum Beispiel wurde aus der Beobachtung heraus entwickelt, dass Individuen, die Verfolgung, Flucht oder Lager erlebt haben, zu einem Leben ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen zurückfinden können (Antonovsky, 1987, Maoz, 1998, Hegemann&Salman, 2001).

Bisher haben sich die Forscher auf die gesundheitlichen Risiken der Migration konzentriert. Ein Grund dafür ist, dass die subjektive Gesundheit und der

Gesundheitszustand der Migrantinnen und Migranten in Deutschland schlechter ist als die Gesundheit der Einheimischen (Lechner, Mielck, 1998). Die Ergebnisse der neuesten Untersuchungen zeigen, dass äußerlich scheinbar gleiche Belastungen nicht nur zu depressiven Verstimmungen, sondern auch zu Entwicklung neuer Bewältigungsstrategien führen kann, die für die Integration der Migranten von großer Bedeutung sind (Sack, Lamprecht, 1998).

Nach Weindling (2001) beweisen nicht nur die Untersuchungen in den letzten Jahrzehnten, sondern auch frühere Forschungen, dass Migration besonders Auswirkungen auf die Psyche der Betroffenen hat. In Untersuchungen aus den 40er und 50er Jahren des 20ten Jahrhunderts wurde nachgewiesen, dass Migration mentale Erkrankungen wie Schizophrenie, Depression und Paranoia verursachen kann. Michelle Winslow behauptet, dass mentale und stressbezogene Erkrankungen bei Migranten in Westeuropa viermal häufiger als bei den Einheimischen auftraten (Winslow, 1999, Weindling, 2001). Besonders belastend beispielsweise für die osteuropäischen Migranten in England waren der Verlust der Heimat und die soziale Entwurzelung. Mit dem Verlust der Heimat haben die Migranten auch ihren beruflichen Status verloren, was zusätzliche psychische Belastungen verursachte. Die Migrantinnen litten am häufigsten an Depressionen und Schizophrenie, während die männlichen Migranten an Paranoia erkrankten, wobei die Raten bei beiden Geschlechtern viermal höher als bei den Einheimischen waren (Winslow, 1999).

Wie die Ergebnisse unterschiedlicher Studien zeigen, machen sich die Konsequenzen der Migration besonders bei mentalen Aspekten der Gesundheit bemerkbar, und dabei besonders im Bereich der Stimmung. Bei Migranten wird häufig von einer depressiven Stimmungslage berichtet (Brucks, 1995). Da Migration in der Literatur als kritisches und gesundheitsrelevantes Lebensereignis bezeichnet wird, kann sie eine große Bedeutung für die Entstehung körperlicher und psychischer Erkrankungen haben (Brown & Harris, 1989, Faltermaier, 2001). Deutsche Gesundheitsforscher betonen die Wichtigkeit der Untersuchung von Ursachenkomplexen wie Kommunikationsprobleme, differierende Krankheitskonzepte und die Migrationserfahrungen, die zu einer schlechteren subjektiven Einschätzung der Gesundheit der Ausländer in Deutschland führen (Razum et al, 2004):

"In Deutschland repräsentieren Migranten mehr als zwölf Prozent der Bevölkerung. Sie sind eine heterogene Gruppe, die das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen stellt. Aus ihrem Minoritätenstatus und Migrationshintergrund können sich spezifische Gesundheitsrisiken ergeben. Dennoch sind Migranten nicht zwangsläufig häufiger krank als Deutsche. Die Sterblichkeit von Migranten der ersten Generation ist niedriger als die von Deutschen gleichen Alters und Geschlechts. **Trotz dieses Mortalitätsvorteils fühlen sich Migranten aber häufiger gesundheitlich eingeschränkt.** Auch ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung ist oft schlechter als der der Allgemeinbevölkerung. Dies lässt sich hauptsächlich auf drei Ursachenkomplexe zurückführen: **Kommunikationsprobleme**, differierende **Krankheitskonzepte** und im Zusammenhang mit der Migration gemachte **Erfahrungen**. Zusammen stellen diese Faktoren eine oft schwer überwindbare **Barriere** dar. Es muss prioritäre Aufgabe des Gesundheitssystems sein, den Zugang zur Versorgung zu erleichtern. Hierbei sind eine aktive Mitwirkung der Migranten selbst sowie eine Förderung ihrer spezifischen Ressourcen wichtig. Die für eine angemessene gesundheitliche Versorgung von Migranten erforderlichen bevölkerungsbezogenen Daten fehlen bisher noch weitgehend..."

(Razum et al, 2004)

Bei der Migration ist ein totaler Wechsel des Lebenskontextes und der kulturellen Deutungssysteme zu beobachten. Diese Änderung erfordert eine totale Anpassung an neue Regeln, Normen und Orientierungen, die sehr viel Kraft erfordert. Soziale Netzwerke müssen neu aufgebaut werden und der Verlust früherer Freundschaften und anderer Beziehungen muss mental verarbeitet werden. Der Mangel an sozialer Unterstützung oder die permanente Suche nach neuen sozialen Beziehungen kann von der Person als sehr belastend empfunden werden. Diese Stressoren können als psychische und soziale Stressoren bezeichnet werden.

Migration wurde in der Literatur häufig als ein Stress auslösendes Lebensereignis beschrieben und kann deshalb nach Ansicht der Forscher zu psychischen Krisen führen (Brucks, 2004).

Besondere Aufmerksamkeit soll die Wirkung dieses Stressereignisses auf psychische und psychosomatische Erkrankungen erfahren. Die Beobachtungen, dass Migration zu psychosomatischen Problemen führt, sind schon sehr alt. Migration wird in der Literatur seit Jahrhunderten als „Heimweh-Krankheit“

beschrieben (Frigessi-Castelnuovo & Risso, 1986). Migranten in Deutschland zum Beispiel beschrieben ihren psychischen Zustand in einer Studie von Brucks et al. als „seelische Krankheit“: „Wir sind seelisch krank, automatisch - und körperlich auch“ (Brucks, et al, 1985).

Migration wird durch das „Heimweh“ als Verlust erlebt und kann Trauerreaktionen auslösen. „Je stärker die Migration erzwungen und je weniger alltägliche Integration in die neue Umwelt möglich ist, umso wahrscheinlicher wird es, dass die Trauer nicht nachlässt, sondern in eine anhaltende Depression übergeht“ (Brucks, 2004). Brucks (2004) schildert auch die spezifischen Phasen, die für psychische Krisen verantwortlich sind.

Wenn die Migration im jungen Alter stattfindet, kann der Migrant mit der Entwicklung der eigenen Identität überfordert sein. Ein Beispiel für die Krisen von jungen Migranten ist der Missbrauch von illegalen Drogen, Alkohol oder Medikamenten. In Deutschland zum Beispiel sind zwei Gruppen von Jugendlichen besonders gefährdet:

- junge Frauen aus dem islamischen Kulturkreis, die durch Missbrauch von Substanzen die Probleme mit ihrer Umwelt bewältigen und mit der traditionellen islamischen Frauenrolle „kämpfen“ (Dill et al, 2002)
- junge Männer, die einen höheren Drogenkonsum haben und deren Verhalten durch eine höhere Gewaltbereitschaft gekennzeichnet ist

Außerdem kann Migration bei jungen Menschen eine schizophrene Erkrankung auslösen (Haasen et al, 2000).

Viele Wissenschaftler haben zudem das Suizidverhalten von Migranten erforscht. Razum hat z.B. zeigen können, dass junge Türkinnen aufgrund von Identitätskrisen ein überdurchschnittlich hohes Suizidrisiko haben (Razum, 2003).

Die existentielle Verunsicherung, die alle Migranten erleben, kann zu einem erhöhten Risiko führen, dass kurz nach der Einreise depressive Symptome auftreten (Brucks, 2004). Nach einiger Zeit kann es aber zu einer Veränderung der Symptome kommen. So erhöht sich zum Beispiel nach einem Aufenthalt von ein oder zwei Jahren das Risiko, an psychosomatischen Leiden wie Kopf- und Rückenschmerzen sowie Magenbeschwerden zu erkranken (Zink & Korporal,

1984). Es kann vermutet werden, dass ein solcher Symptomwechsel ein Beweis und ein Zeichen für eine misslungene Stressbewältigung ist, die mit somatischen Erkrankungen einhergeht.

Wenn die Migration im mittleren Lebensalter stattfindet, können andere psychische und Verhaltensprobleme auftreten. Die schlechten finanziellen Bedingungen und die Unmöglichkeit, eine der Ausbildung angemessene Arbeit zu finden, führen zu psychischen Krisen und zu einem erhöhten Risiko für mentale Erkrankungen. 45- bis 54-Jährige Frauen stellen fast die Hälfte der ausländischen Patientinnen in der psychotherapeutischen Rehabilitation. Die Situation bei den ausländischen Männern sieht ähnlich aus. Der Prozentsatz ist zwar nicht so hoch wie bei den Frauen, aber der Anteil von Männern im Alter von 50 bis 54 Jahren ist im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am größten. Diagnosen wie Depression oder psychosomatische Störungen werden bei Ausländerinnen im Vergleich zu anderen Diagnosen am häufigsten gestellt (Brucks, 2004). Auch bei männlichen Migranten ist der Anteil der depressiven und der somatoformen Störungen in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen sehr hoch (Weilandt, et al, 2003).

Bei den studierenden Migranten sind zusätzlich auch akademische Stressoren zu berücksichtigen. Das sind Stressoren, die mit dem Studium verbunden sind: schwierige Prüfungen in einer fremden Sprache, Kommunikationsschwierigkeiten mit den Kommilitonen, mangelnde Zeit, wenn neben dem Studium gearbeitet werden muss. Zusätzliche Stressoren, die nicht nur bei Studierenden, sondern bei Migranten allgemein auftreten können, sind Vorurteile oder Stereotypen, mit denen sie konfrontiert werden. Nach Faltermaier (2001) kann die Begegnung mit unterschiedlichen Kulturen, Ethnien und Identitäten des Herkunfts- und Gastlandes in der Anfangsphase des Einlebens vielfältige psychische Verarbeitungs- und Anpassungsprozesse auslösen, die Folgen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Ausländer haben können.

In der Forschung wurden verschiedene Erklärungsansätze für ethnische Unterschiede im Gesundheitsstatus der Migranten diskutiert (Smaje, 1996). Es wurden zum Beispiel biologische und soziale Faktoren, kulturelle Einflüsse, Marginalisierung und Diskriminierung (Rassismus) sowie der Prozess der

Migration problematisiert. Alle diese Aspekte können die Gesundheit der Migranten beeinflussen.

Nach Faltermaier können die gesundheitliche Lage und die Krankheiten von Migranten in Verbindung mit drei „Einflussebenen“ gebracht werden (Abbildung 5):

- mit ihrer ethnischen Zugehörigkeit
- mit den Prozessen der Migration
- mit ihrer sozialen Lage

Gesundheitsprozesse sind also erstens sehr stark mit sozialen und kulturellen Identitäten verbunden. Als zweites sind die Anpassungsprozesse (Sprache, Umgebung) der Migranten und die Migration als ein kritisches Lebensereignis zu berücksichtigen. Den dritten Aspekt, der aber nicht weniger wichtig ist, bildet die materielle und soziale Lage der Ausländer: materielle Ressourcen, soziale Beziehungen, Bildungen, Geschlecht, Alter.

Diese drei Aspekte beeinflussen sehr aktiv den Prozess der Integration und das Wohlbefinden der Ausländer.

<b>Ethnie</b>	<b>Migrationsprozesse</b>	<b>Soziale Lage</b>
Soziale Kategorie Soziale und kulturelle Identität Merkmale der Kultur: - Geschichte - Sprache - Religion - Gewohnheiten - Territorium - Soziale Bindungen Personale Identität	Verschiedene soziale und kulturelle Identitäten Konfrontation von verschiedenen Ethnien und Kulturen Migration als kritisches Lebensereignis Minoritätsstatus Diskriminierungen Anpassungsprozesse (Sprache, Gewohnheiten, Umgebung)	Materielle Lage Materielle Ressourcen Moderatoren: Bildung, Geschlecht, Alter
<b>GESUNDHEITSPROZESSE</b> Belastungen, Risiken, Lebensereignisse Bewältigungsprozesse Ressourcen (personal, sozial, materiell, kulturell) Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit Gesundheitshandeln (Gesundheits- und Risikoverhalten, Umgang mit Beschwerden und Krankheiten) Gesundheitsversorgungssystem (Laiensystem/Professionelles System) <b>GESUNDHEITSKONTINUUM</b> + <span style="float: right;">-</span>		
<b>Dimensionen: psychisch, sozial, körperlich</b>		

Abbildung 5. Einflussebenen und Gesundheitsprozesse (Faltermaier, 2001)

### ***Migration, Akkulturation und Gesundheit***

Ein wichtiger Teil der Migration ist die Akkulturation. Es ist sehr wichtig, diesen Begriff zu erklären und die unterschiedlichen Aspekte der Akkulturation zu beschreiben, weil dieser Prozess sehr eng mit der Gesundheit und dem Stress bei Bildungsmigranten verbunden ist und direkt sowie indirekt den psychischen Zustand der untersuchten Gruppe von Ausländern beeinflusst.

Akkulturation bezieht sich auf die Veränderungen, die aus dem Kontakt zwischen zwei kulturell mehr oder weniger unterschiedlichen Gruppen resultieren (Schmitz, 2001). Migranten befinden sich in einer Akkulturationssituation, die sich mit dem Schock beim Treffen auf die andere Kultur verbunden ist. Das gilt zum Beispiel für Osteuropäer, die ohne vorherige Erfahrungen mit der unbekanntem westlichen



Gesellschaft und Kultur konfrontiert werden. Nach Schmitz umfasst Kultur unterschiedliche Bereiche des Verhaltens, wie Wertestrukturen, Kenntnisse und sogar konkrete Verhaltensmuster. Das Phänomen der Akkulturation beinhaltet psychische, soziale und kulturelle Aspekte. Akkulturation darf nicht nur als einfacher Reaktionsprozess auf fremde Kulturkontexte verstanden werden, sondern als „eine aktive, manchmal kreative Auseinandersetzung mit der neuen Kultur und deren Herausforderungen“ (Schmitz, 2001).

Die Adaption ist ein wichtiger Teil der Akkulturation, Dabei wird berücksichtigt, welche psychologischen und sozialen Bewältigungsstrategien und Anpassungspotenziale die Ausländer nutzen, um sich an die fremde Kultur und die sozialen Kontexte anzupassen.

Die Akkulturation ist vor allem mit unterschiedlichen negativen und pathogenetischen Folgen verbunden. Als Ergebnisse dieses Prozesses können ein gestörtes Wohlbefinden, neurotische Störungen und besonders die höheren Werten in der Kategorie erlebter Stress genannt werden (Berry, 1994, Berry&Kim, 1988, Jayasuriya, 1992).

Bei jeder Migration und Akkulturation ist eine Auseinandersetzung zwischen den sozialen Stressfaktoren und den individuellen Bewältigungskapazitäten zu beobachten. Untersuchungen zeigen, dass die negativen gesundheitlichen Folgen bei der Akkulturation viel mehr als die salutogenen und positiven Ergebnisse für die psychische und psychosoziale Situation des Individuums charakteristisch sind (Harley & Eskenazi, 2006, Hyman&Dussault, 2000, Jayasuriya, 1992).

Die unterschiedlichen sozialen und psychologischen Stressoren, die mit dem Akkulturationsprozess verbunden sind, können negative Konsequenzen für Wohlbefinden und Gesundheit haben (s.Abbildung 6)

<i>Befinden (Unwell-Being)</i> - Unbehagen - Passivität
Soziale Verhaltensprobleme - <i>Isolation</i> und Kontaktschwierigkeiten - <i>Aggressivität</i> und <i>Feindseligkeit</i>
Beeinträchtigung des Leistungsverhaltens - <i>Schulleistung</i> - <i>Beruflicher Misserfolg</i>
Normabweichendes Verhalten/Verhaltensauffälligkeiten - <i>Alkoholmissbrauch</i> - <i>Drogenkonsum</i> - <i>Suizid(-versuche)</i> - <i>Strafdelikte, Kleinkriminalität</i>
Neurotische Störungen - <i>Phobien</i> - <i>Ängste</i> - <i>Zwänge</i>
Psychopathologische Störungen - Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen ( <i>Alkohol, Drogen</i> ) - <i>Schizophrenie</i> , schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen - <i>Affektive Störungen (Dysthymie, Depression)</i> - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (paranoide und dissoziale Persönlichkeitsstörungen, soziopatische, psychopatische und asoziale Persönlichkeitsstörungen)
Psychosomatische Störungen - Multiples Beschwerdesyndrom
Somatische Erkrankungen - Kardiovaskuläre Erkrankungen - Krebserkrankungen

Abbildung 6. Merkmale einer schlecht gelungenen Akkulturation (nach Schmitz, 2001)

Die Abbildung erfasst die Merkmale, die mit einer schlecht gelungenen Akkulturation einhergehen. Die kursiv gedruckten werden häufig in der Literatur zur Epidemiologie genannt (Schmitz, 2001).

Diese tabellarische Bezeichnung berührt an langfristige Beeinträchtigungen und Studien, die akuten Krisen von Migranten umfassen. Wenige Studien berichten über salutogene Folgen einer gelungenen Akkulturation. Als Merkmale einer guten Akkulturation werden in der Literatur Autonomie, Selbstsicherheit, Solidarität, Kooperativität, Fähigkeit zur Kommunikation, sprachliche Fähigkeit, Flexibilität, Selbstkontrolle, Kreativität und physische Widerstandskraft beschrieben (Schmitz, 2001). Diese positiven Folgen des Akkulturationsprozesses können in vier Hauptgruppen unterteilt werden: Befinden, soziale Kompetenzen, Leistungseffizienz und Gesundheit. Obwohl es an Studien mangelt, die über eine

positive Wirkung von Migration auf die Gesundheit Auskunft geben, behaupten einige Autoren, dass nach einer längeren Zeit, nach einer gelungenen Akkulturation und Assimilation, positive Folgen für die Gesundheit nachgewiesen werden können (Phinney, 1992, Schmitz, 2001).

Laut John Berry (1989, 1994) lassen sich vier Akkulturationsstrategien identifizieren, die sich danach unterscheiden, ob die Migrationsgruppe die eigene Kultur beibehalten möchte oder nicht und ob eine Form des Kontakts zwischen Einheimischen und Migranten besteht oder nicht.

Wenn beide Fragen positiv beantwortet werden können, spricht Berry von Integration. Assimilation wird als Aufgeben der eigenen kulturellen Identität und als Entwicklung von positiven und engen Beziehungen mit der Gruppe der Einheimischen definiert. Segregation tritt dann ein, wenn der Migrant bewusst die eigene kulturelle Identität beibehält und keinen Wunsch nach sozialen Kontakten und Beziehungen mit den Einheimischen zeigt. Bei dem Phänomen der Marginalisierung beobachten wir gleichzeitig das Verneinen der eigenen Kultur und den Wunsch nach sozialen Beziehungen mit anderen kulturellen Gruppen (Berry, 1989, Berry 1994, Schmitz, 2001).

Die Akkulturationsstile sind eng und direkt mit den Persönlichkeitsmerkmalen verbunden (s. Abbildung 7).

Beziehung zur eigenen Gruppe	+	-
<b>+</b>	<b>INTEGRATION</b> Neurotizismus – Ängstlichkeit – Aggressivität – Freundlichkeit + Aktivität (+) Offenheit (+)	<b>ASSIMILATION</b> Neurotizismus (+) Ängstlichkeit + Aggressivität – Freundlichkeit + Aktivität +
<b>-</b>	<b>SEGREGATION</b> Neurotizismus – Ängstlichkeit + Aggressivität (+) Misstrauen + Aktivität (-) Offenheit (-)	<b>MARGINALISIERUNG</b> Neurotizismus (+) Ängstlichkeit + Misstrauen + Freundlichkeit - Impulsivität + Psychopathisches Verhalten +

Abbildung 7. Akkulturationsstile und Persönlichkeitsmerkmale (nach Schmitz, 2001)

Diese Korrelation zwischen den zentralen Persönlichkeitsmerkmalen und Akkulturationsstilen wurde mit verschiedenen Methoden untersucht: mit Fragebögen, Selbsteinschätzungs- und Fremdeinschätzungsinstrumenten, Interviews und Verhaltensbeobachtungen. Die jahrelangen Untersuchungen von Schmitz zeigen, dass Akkulturationsstile dem Versuch dienen, eine Anpassung an „die neue Umwelt zu erreichen“. Wenn man kurzfristige Auswirkungen auf das individuelle Wohlbefinden beobachtet, kann festgestellt werden, dass jede der eingesetzten Strategien zu Stress führt. Besonders stark wird dieser Stress, wenn die Gesellschaft den Migranten bei seiner Integration, Assimilation oder Segregation nicht unterstützt (Schmitz, 1987, 2001). Zusätzlich wurde auch in anderen Untersuchungen festgestellt, dass die Intensität der Akkulturationsbemühungen negativ mit der Entspannungsfähigkeit sowie dem psychischen und physischen Wohlbefinden und der Gesundheit der Probanden korreliert (González, Haan, Hinton, 2001, Schmitz, 2001). In diesem Sinne können bei einer misslungenen Akkulturationsituation, bei Akkulturationsstress und bei bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen unterschiedliche psychosomatische Störungen und Erkrankungen auftreten:

„Das jeweilige Muster von Störungen und Erkrankungen scheint dabei in Zusammenhang mit den spezifischen Akkulturationsstilen zu stehen. Daten, die bei einer Reihe von unterschiedlichen Migrantengruppen erhoben wurden, zeigen, dass Akkulturationsstress bei Assimilation eher mit Allergien und genereller Schwächung des Immunsystems (z.B. verstärkte Anfälligkeit für Infekte) einhergeht, während Segregation häufig in Zusammenhang mit cardio-vasculären Erkrankungen und allgemeiner Reizbarkeit bzw. psychischer Labilität zu finden ist.“ (Schmitz, 1994)

Berry konnte mit seinen Studien auf dem Gebiet der Psychologie beweisen, dass eine langfristige Marginalisierung oft zu schwierigen psychosozialen Störungen, mentalen Erkrankungen und psychopathologischen Auffälligkeiten führen kann (Berry, 1990, Berry & Kim, 1988).

Die Ergebnisse vieler anderer Untersuchungen und verschiedene theoretische Konzepte machen außerdem auf die bereits genannten Zusammenhängen zwischen Migration, Akkulturation, Stressoren und Gesundheit aufmerksam (Andrews, 1989, Angel & Angel, 1992 Burnam et al., 1987). Gesundheit und insbesondere psychische Gesundheit und Wohlbefinden sind stark vom Migrationsprozess beeinflusst und werden durch ihn erschwert. Dabei spielt Stress als Variable eine zentrale Rolle, durch die die Gesundheit der Betroffenen bei den Anpassungsprozessen stark belastet wird.

Das klassische Modell der Akkulturation von Berry weist große Ähnlichkeiten mit dem Stress von Lazarus auf (Berry, 1987, Lazarus, Folkman, 1984, Schmitz, 2001). Die zentralen Teile der beiden Modelle umfassen zum einen akkulturate Stress-Reaktionen und zum anderen akkulturate kognitive Lernprozesse. Die kognitiven Prozesse beeinflussen die Ergebnisse und den Erfolg der Akkulturation und korrelieren damit stark mit den Outputs wie psychisches Wohlbefinden, Gesundheit oder psychosomatische Erkrankungen.

Andere Variablen, die stark mit dem Erfolg der Akkulturation und der Anpassung korrelieren, sind die finanzielle und soziale Situation der Migranten, ihr Alter und Geschlecht sowie ihre Persönlichkeitsmerkmale. Für die erfolgreiche und „salutogene“ Migration sind Komponenten wie Adaptivität, Optimismus und soziale

Kompetenz nötig, die ein Gegengewicht zu Depressivität und Erkrankungen bilden können (Janikowski, 1999, Schwarzer & Jerusalem, 1995, Schwarzer & Hahn, 1995, Titzmann et al, 2005).

Wie die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zeigen, passen sich die älteren Migranten schwerer an die Anforderungen der fremden Kultur an. Unterschiede lassen sich auch in Bezug auf das Geschlecht feststellen. Frauen tendieren in vielen Untersuchungen zu höheren Stressraten als Männer (Cohen et al., 1983, 1988, 1995). Armut spielt ebenfalls eine große Rolle – ärmere, aber auch arbeitslose Migranten leiden häufiger an Depressionen und psychischen Störungen (Fossion et al, 2004, Elkeles & Seifert, 1996, Kleinemeier E. et al., 2004, Kirkcaldy B.D., et al. ,2005).

Die soziale Lage der Migranten, besonders zu Beginn ihres Aufenthaltes im Einwanderungsland, ist schwierig (Faltermaier, 2001). Sie besitzen nur geringe materielle Ressourcen und dementsprechend ist ihr Leben über längere Zeit schwierig. Viele gehören zu den unteren sozialen Schichten. Es ist besonders aus Studien der Gesundheitsforschung bekannt, dass die Schichtzugehörigkeit und materielle Ressourcen einen großen Einfluss auf die Gesundheit haben. Ärmere Menschen sind auch kränker (Mielck, 1994, Faltermaier, 2001). Bei den Migranten sind als Gefahr für die Gesundheit nicht nur die mangelnden sozialen und materiellen Ressourcen zu nennen, sondern auch der Einflussfaktor Ethnie.

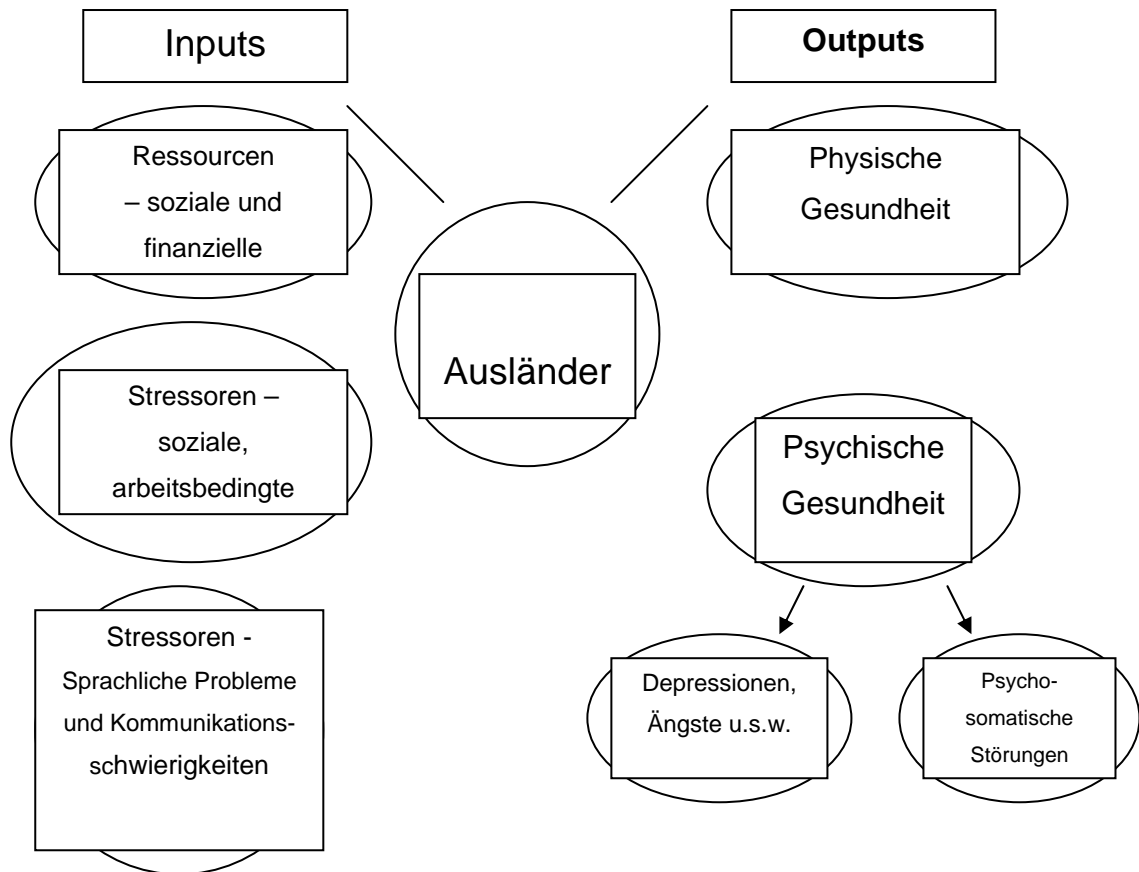


Abbildung 8. Probleme bei der Migration, von denen Ausländer betroffen sind

Abbildung 8 fasst die möglichen sozialen und psychischen Inputs und Outputs bei der Migration zusammen. Einerseits sind darin die unterschiedlichen Ressourcen und Stressoren als Inputs dargestellt. Andererseits werden die Folgen der Migration und die Auswirkungen der Stressprozesse als Outputs veranschaulicht. Die Migration kann dabei die physische und die psychische Gesundheit des Migranten beeinflussen.

Im nächsten Unterkapitel werden ein Überblick über die Gruppe der Migranten in Deutschland gegeben sowie Prognosen für eine zukünftige Entwicklung vorgestellt. Dabei wird auch versucht, aktuelle Tendenzen der Migration nach Deutschland zu präsentieren und einen Vergleich mit anderen europäischen Staaten zu ziehen.

## ***Migranten in Deutschland – Zahlen, Prognosen, Entwicklungen***

Im Jahr 2006 wohnten mehr als 7,3 Millionen Ausländer in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2006, Tabelle 1). Den größten Anteil an dieser Bevölkerungsgruppe bilden, gefolgt von Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, Griechenland und Italien, nach wie vor die türkischen Mitbürger (Statistisches Bundesamt, 2005, 2006a, b c).

Wenn wir aber die gesamte Gruppe der Migranten erfassen möchten, müssen wir alle Menschen in Deutschland einbeziehen, die einen Migrationshintergrund haben. Das sind insgesamt 15,3 Millionen Menschen oder 18,6 Prozent der Wohnbevölkerung – Kinder der Migranten, die zweite und dritte Generation, Studierende mit Migrationshintergrund und ausländische Studierende.

<b>Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit</b>				
Gegenstand der Nachweisung	Einheit	2003	2004	2005
<b>Insgesamt</b>	1 000	82 531,7	82 500,8	82 438,0
Männlich	1 000	40 356,0	40 353,6	40 340,0
Weiblich	1 000	42 175,6	42 147,2	42 098,0
<b>Deutsche</b>				
	1 000	75 189,9	75 212,9	75 148,8
Männlich	1 000	36 515,9	36 567,1	36 573,5
Weiblich	1 000	38 673,8	38 645,7	38 575,4
<b>Ausländer</b>				
	1 000	7 341,8	7 288,0	<b>7 289,1</b>
Männlich	1 000	3 840,1	3 786,5	3 766,5
Weiblich	1 000	3 501,8	3 501,5	3 522,6

Tabelle 1. Statistisches Bundesamt Deutschland 2006



Von den rund 7,3 Millionen Ausländern stammen 30% aus der Türkei, ein Viertel aus der EU-15 und rund 15% aus dem ehemaligen Jugoslawien (Migrationsbericht, 2001, Statistisches Bundesamt, 2006).

Der Anteil der Migranten in den verschiedenen Bundesländern ist nicht gleich. Zum Beispiel wohnen in Nordrhein-Westfalen ungefähr zwei Millionen Ausländer, die einen Anteil von ca. 11% der gesamten Bevölkerung in diesem Land ausmachen (siehe Abbildung 9). Im Vergleich aller Bundesländer weist Hamburg mit 27% den höchsten Anteil an Personen mit Migrationshintergrund auf. Baden-Württemberg und Bremen liegen mit jeweils rund 25% auf den Plätzen 2 und 3. Baden-Württemberg verfügt somit bei den Flächenländern über den höchsten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund und liegt damit noch vor Nordrhein-Westfalen, Hessen und Bayern (Statistisches Landesamt, Stuttgart, 2006). In Berlin wohnt ebenfalls eine große Zahl von Migranten (23%), die zumeist türkischer Herkunft sind.

Hinsichtlich des Migrantenanteils in der Bevölkerung zeigt sich ein ausgeprägter Ost-West-Unterschied: In den neuen Bundesländern finden sich die geringsten Werte: Brandenburg und Sachsen verfügen über einen Anteil von Personen mit Migrationshintergrund von 5%, und in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen-Anhalt liegt der Anteil dieser Personengruppe bei 4 Prozent. Es lässt sich außerdem feststellen, dass unter den alten Bundesländern der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung sehr stark streut. Der Prozentsatz von Menschen mit Migrationshintergrund ist dabei über alle Bundesländer hinweg annähernd doppelt so hoch wie der jeweilige Anteil der Ausländer an der Bevölkerung.



Abbildung 9. Anteil der Personen mit Migrationshintergrund und der Ausländer an der Bevölkerung in den Bundesländern und in Deutschland insgesamt

Es gibt außerdem Unterschiede in Hinblick auf den Anteil der ausländischen Bevölkerung in den deutschen Städten. Wie das Statistische Landesamt Baden-Württemberg mitteilt, weist die Landeshauptstadt Stuttgart im Vergleich mit ausgewählten deutschen Großstädten den höchsten Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund auf: So verfügen 40% der Einwohner Stuttgarts über einen Migrationshintergrund, während der Anteil in Hamburg bei knapp 27%, in Bremen bei 25% und in Berlin bei rund 23% liegt.

Von 1970 an haben mehr als drei Millionen Ausländer die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen (BBR, 2002)

## *Die historische Entwicklung der Migration in Deutschland*

Die Migration nach Deutschland erreichte während der Phase der Gastarbeiteranwerbung in den 60er Jahren mit einer Nettozuwanderung von durchschnittlich 250 000 Ausländern pro Jahr einen Höhepunkt. In den 70er Jahren sank die Migration nach dem ersten Ölpreisschock auf 140 000 Personen jährlich, während sie in den 80er Jahren einen Stand von 180 000 Menschen pro Jahr erreichte.

Nach der Öffnung der Grenzen in den kommunistischen Ländern stieg die Nettozuwanderung von 1990 bis 1995 auf den Höchstwert von durchschnittlich 260 000 Zuwanderer jährlich an. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre ging die Nettozuwanderung nach Deutschland fast auf Null zurück. Der Anteil der EU-Ausländer in Deutschland ist seit Mitte der 70er Jahre kontinuierlich gesunken, die absolute Zahl der EU-Ausländer stagniert seitdem. Im Gegensatz dazu hat die Zahl der Ausländer aus der früheren Sowjetunion, einigen Balkanländern und aus der Türkei seit 1990 deutlich zugenommen (Brücker et al, 2000).

Die Jahre nach 1989 sind durch starke Migrationsbewegungen von mittel- und osteuropäischen Staaten in Richtung der westeuropäischen Länder charakterisiert. Im Jahr 2002 kamen z.B. fast alle (90%) der Arbeitsmigranten aus osteuropäischen Staaten nach Deutschland (besonders aus Polen) (Migration Online, 2006). Mit der Öffnung der innereuropäischen Grenzen erhöhte sich die Anzahl bilateraler Arbeitsabkommen innerhalb der Region fast auf das Fünffache. Im Jahr 2000 hatten rund 44% der über 25-Jährigen Migranten weltweit einen Universitätsabschluss.

Die Zuwanderer, vor allem zwischen 1955 und 1973, die von Deutschland als Arbeitskräfte angeworben wurden, waren in der Mehrzahl junge Menschen mit einem relativ guten allgemeinen und beruflichen Bildungsniveau (Brucks, 2004). Es waren nicht die Ärmsten, die ihr Heimatland zu verließen, um sich aus eigener Kraft in einem fremden Land eine Existenzgrundlage zu schaffen. Die Bildungsabschlüsse, die die Kinder und Enkel dieser Zuwanderergeneration in

Deutschland erreichen, haben sich den Statistiken zufolge zunehmend verbessert  
Auch die Zahl der Betriebe mit ausländischen Inhabern wächst (Brucks, 2004).

### *Tendenzen, Migrationspotenzial für Deutschland 2000-2030*

Heute, nach den Veränderungen in Osteuropa, beobachten wir einen starken Anstieg der Zahl der nach Deutschland kommenden osteuropäischen Bildungsmigranten (HIS, 2005)

Aufgrund unterschiedlicher statistischer Annahmen und Berechnungen von sozialen und wirtschaftlichen Variablen wurden mögliche Tendenzen in Hinblick auf die Migration nach Deutschland berechnet. In der empirischen Umsetzung welches Modells wurden sowohl die Daten für die Einwanderung nach Deutschland aus verschiedenen Herkunftsländern zu Paneldatensätzen für verschiedene Herkunftsregionen zusammengefasst als auch für die wichtigsten Herkunftsländer der Migranten einzelne Regressionen geschätzt.

Die Schätzungen des Modells zeigten, dass:

- „die Einkommensdifferenz zu Kaufkraftparitäten bzw. laufenden Wechselkursen und die Beschäftigungsrate in Deutschland einen positiven Einfluss auf die Zuwanderung haben
- die Beschäftigungsrate im Herkunftsland einen negativen Einfluss auf die Zuwanderung hat
- die Gastarbeiteranwerbung einen deutlich positiven und
- die Arbeitnehmerfreizügigkeit einen schwach positiven Einfluss auf die Zuwanderung haben.“

Hier werden die wichtigsten Tendenzen für die nächsten 30 Jahren gezeigt:

- Nach der Berechnungen für die Zukunft wird die ausländische Bevölkerung aus den vier wichtigsten Herkunftsländern, der Türkei, Griechenland, Italien und Jugoslawien, auf einem Niveau von rund 4 Millionen Personen stagnieren, wobei die türkische Bevölkerung um 20% zunehmen wird.
- Die Ausländer aus den europäischen Herkunftsländern werden sich auf einem Niveau von rund 5 Millionen stabilisieren.

- Die Migrantenbevölkerung aus den außereuropäischen OECD-Ländern wird in den nächsten 30 Jahren auf 200 000 Personen ansteigen.
- Die ausländische Bevölkerung aus den außereuropäischen Schwellen- und Entwicklungsländern wird in den nächsten 30 Jahren um fast 100% steigen, und zwar von 1,1 Millionen auf 2 Millionen Ausländer.

Es ist sehr schwierig, eine genaue Prognose für die Wanderung von Osteuropäern nach Deutschland abzugeben, weil laut Forschern wie Brückner die Erfahrungen zu Zeiten des Eisernen Vorhangs für eine Schätzung des künftigen Wanderungspotentials wertlos sind (Brückner et al, 2002). Die Wissenschaftler weisen auch darauf hin, dass die Zeit seit dem Fall der Berliner Mauer wenig Anhaltspunkte liefert, da die gegenwärtig recht restriktiven Zuwanderungsbedingungen im Zuge der EU-Osterweiterung aufgegeben werden. Die Prognose für die osteuropäischen Länder muss deshalb auf andere Ländergruppe stützen. Die Prognose für diese Länder beruht auf dem Migrationsverhalten anderer Länder, wie dem früheren Jugoslawien, der Türkei und der Schweiz, verbunden. Es ist natürlich schwierig, als Grundlage für die Prognose des Migrationsverhaltens heranzuziehen, weil es viele soziale und wirtschaftliche länderspezifische Faktoren gibt, die eine Rolle bei der Migration spielen.

Nach Brückner ergeben sich folgende Trends für die Zuwanderung aus den mittel- und osteuropäischen Ländern:

- In den ersten Jahren nach Einführung der Freizügigkeit kann die Nettozuwanderung bis zu 30 000 Personen jährlich steigen.
- In 20 Jahren, d.h. langfristig, wird unter der Annahme einer Einführung der Freizügigkeit die ausländische Wohnbevölkerung aus Osteuropa in Deutschland von rund 500 000 Personen im Jahr 2000 auf rund 2,5 Millionen Migranten steigen.

Diese statistischen Prognosen und wissenschaftlichen Annahmen führen zu dem Ergebnis, dass die Zahl der ausländischen Bevölkerung in Deutschland in den

nächsten Jahren schnell steigen wird. Für die Entwicklung der Migration sind viele Aspekte der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung der Ländern Osteuropas zu berücksichtigen. Dabei muss natürlich der Anstieg der Löhne sowie der Abbau oder der Anstieg der Arbeitslosigkeit in diesem Teil Europas in die Analyse einbezogen werden.

### *Migration in die EU im Vergleich mit Deutschland*

Deutschland hat im Vergleich mit den anderen europäischen Ländern die größte Zahl von Migranten (s. Abbildung 10).

Im Jahr 2001 betrug der Anteil der Ausländer in Deutschland 7,3 Millionen, also fast 10% der Bevölkerung (ohne die Aussiedler), danach folgt Frankreich mit 3.3 Millionen oder 5,6% der Bevölkerung, England mit 3 Millionen oder fast 4% der Bevölkerung und Italien mit 1,3 Millionen oder 2,2% der Bevölkerung. Danach folgen Staaten mit kleinen Migrantenzahlen wie Belgien mit 0,9 Millionen oder 8,3% der Bevölkerung, Spanien mit 0,8 Millionen oder 0,2% der Bevölkerung und Österreich mit 0,7 Millionen oder 9,1% der Bevölkerung.

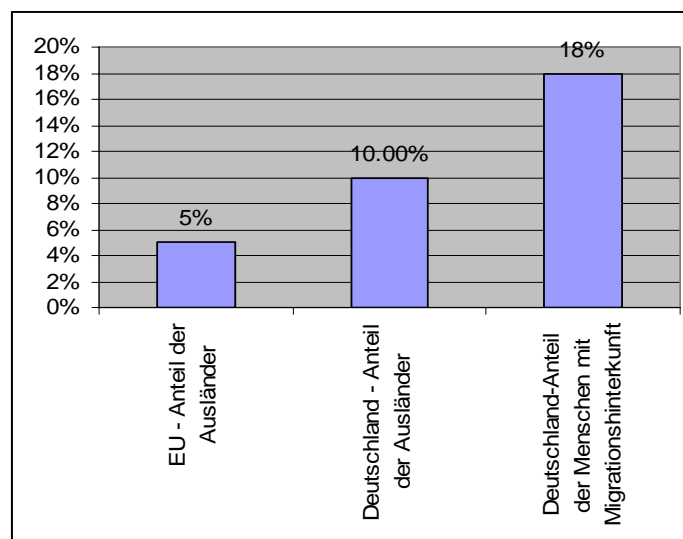


Abbildung 10. Anteil der Ausländer in der EU und in Deutschland  
(Brücker et al, 2000)

Die Forscher erwarten nicht, dass durch die EU-Erweiterung auf 25 und im Jahr 2007 auf 27 Staaten große Migrationsströme von den armen osteuropäischen Staaten nach Westeuropa entstehen werden.

Die Migration und die Migrationstendenzen sind von großem Interesse für die Wirtschaftswissenschaftler, die nachweisen konnten, dass sich Migrationsströme besonders auf die Wirtschaft positiv auswirken können. Mit der Erweiterung um zwölf neue mittelosteuropäische und osteuropäische Staaten eröffnen sich neue Märkte und Möglichkeiten zur wirtschaftlichen Expansion. Zudem können sich osteuropäische Arbeitskräfte freier als zuvor innerhalb der EU bewegen. Es ist noch nicht geklärt, ob die erworbenen Qualifikationen oder die Ausbildung der Osteuropäer anerkannt werden und ob diese die Möglichkeit für bessere soziale Leistungen haben werden.

Problematisch sind, wie die Forscher betonen, auch die Kommunikations- und Sprachbarrieren, die die Mobilität verringern würden. Als weiterer Aspekt wären auch die Unterschiede in der Entlohnung zwischen Migranten und Einheimischen zu nennen. In der Mehrheit der Fälle können sind die Arbeiter aus Osteuropa, Polen, Ungarn und Bulgarien, nicht frei, sich eine Arbeit in einem anderen EU-Staat suchen. Diese Regelung gilt für mindestens sieben Jahre (OECD, 2001, 2003).

Ob die Migration von Ost- nach Westeuropa in den nächsten Jahren dramatisch ansteigen wird oder nicht, ist eine Frage, die von wissenschaftlichem und sozialem Interesse ist.

Es ist zu vermuten, dass nicht so große Wanderungsbewegungen zwischen diesen Regionen einsetzen. In der Vergangenheit stammten Migranten in Westeuropa am häufigsten aus außereuropäischen Kontinenten wie Afrika und Asien. Aufgrund verschiedener Ursachen, die in der Geschichte der jeweiligen Länder zu suchen sind, kamen Migranten mit unterschiedlicher Herkunft nach Europa. In Frankreich siedelten sich Marokkaner und Algerier an, nach Deutschland und in die Niederlande kamen Türken, nach Grossbritannien Pakistaner und Inder (OECD, 2001).

Frühere EU-Erweiterungen zogen keinen dramatischen Anstieg der Migrantenzahlen nach sich. So gab es zum Beispiel nach dem Beitritt von Griechenland im Jahr 1981 oder von Spanien und Portugal 1986 keinen großen Veränderungen.

Ein Migrationsboom aus den Ländern Südeuropas machte sich in den 50er und 60er Jahren massiv bemerkbar. Migranten aus diesen Ländern gründeten so genannte Communities, die wiederum neue Migranten anzogen. Es ist zu vermuten, dass jetzt größere Migrationswellen aus Staaten wie der Ukraine, Rumänien oder Moldavien entstehen, da der dortige Lebensstandard viel schlechter ist als der in Westeuropa ist (DELSA, 2004).

Die Vergleichsstatistiken zeigen auch, dass die Zuwanderung nach Europa in den letzten zehn Jahren viel stärker gestiegen als in den USA ist. (s. Abbildung N 11).

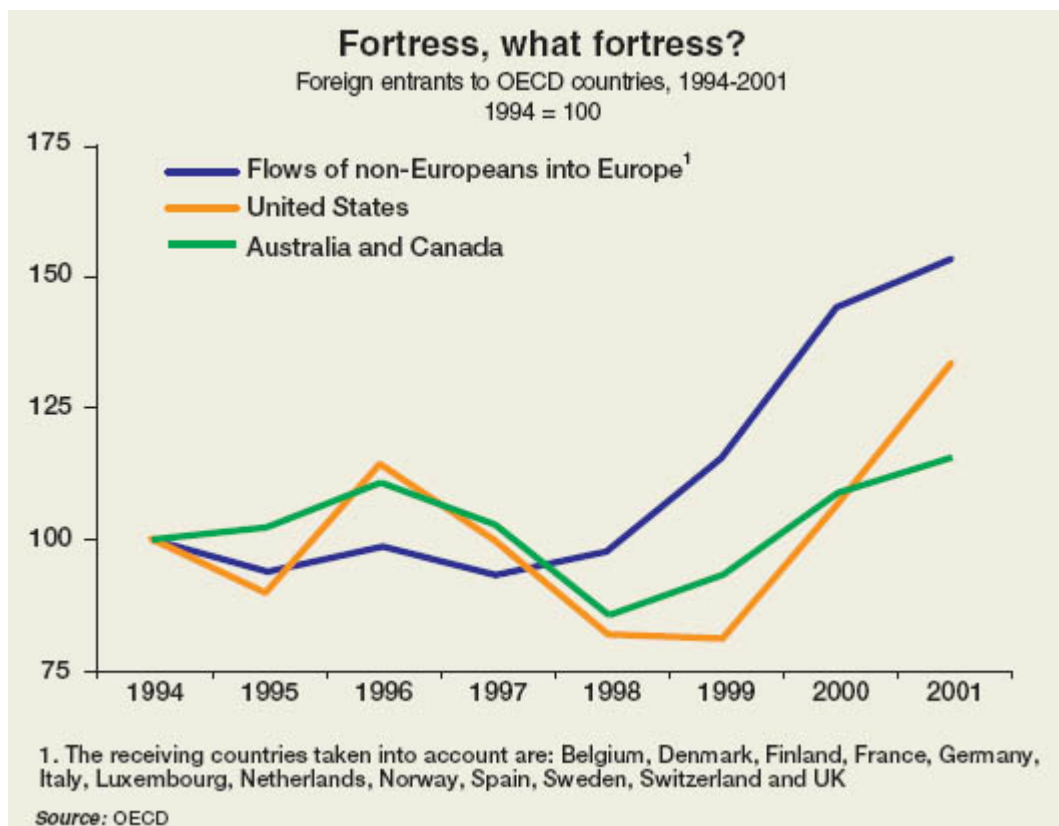


Abbildung 11. Zahl der Migranten in und außerhalb Europas 1994-2001. Quelle: OECD

Die Abbildung zeigt die Tendenzen bei den Migrationsströmen nach Europa und in die USA im Vergleich. Das Schaubild macht deutlich, dass eine Tendenz zu einer weiteren Steigerung des Migrantenanteils in Europa zu erwarten ist.

Viele europäische Länder fördern die Migration von hochqualifizierten ausländischen Arbeitern. Die Tschechische Republik zum Beispiel begann 2003 mittels eines Punktesystems hochqualifizierte ausländische Arbeiter ins Land zu



holen. Spanien, Polen und die Slowakei sind die Länder in Europa, die die meisten Arbeitsübereinkommen haben (Migration Online, 2006).

Neben den positiven wirtschaftlichen Aspekten der Migration in Europa sollten auch die Probleme der Migranten diskutiert und erforscht werden, die besonders im sozialen und gesundheitlichen Bereich liegen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen, die sich mit der Gesundheit und dem psychischen Wohlbefinden von Migranten befassen, zeigen ein erhöhtes Niveau von Stress sowie von psychischen und psychosomatischen Störungen bei der ausländischen Bevölkerung. Die Gesundheit der Bildungsmigranten in Deutschland sowie der Zusammenhang zwischen Stress, sozialen Faktoren und Gesundheit ist bislang ungenügend erforscht worden.

### **Zusammenfassung**

Gesundheit ist ein komplexes Phänomen, bei dessen Untersuchung unterschiedliche psychologische und soziale Faktoren, die das mentale und physische Wohlbefinden beeinflussen, berücksichtigt werden müssen.

Die Gesundheit der Ausländer, die sich in einem fremden Land und Kontext befinden, ist ein noch komplexeres Phänomen, bei dem soziale, finanzielle, psychologische oder mit der Akkulturation verbundene Stressoren eine große Rolle spielen. Bei dieser Gruppe sind zusätzliche Schwierigkeiten und Risiken zu beobachten, die sich direkt oder indirekt auf den psychischen und körperlichen Zustand auswirken. Wie im theoretischen Kapitel dargelegt wurde, können sich die Kommunikationsschwierigkeiten, die Kulturkonflikte, die mangelnden finanziellen Ressourcen bei den Migranten die Gesundheit beeinträchtigen und Depressionen, psychosomatische Störungen und körperliche Beschwerden hervorrufen.

Der empirische Teil der Dissertation, der in Kapitel 6 und 7 vorgestellt wird, beschäftigt sich mit der gesundheitlichen Lage und dem Gesundheitsverhalten einer Gruppe von jungen osteuropäischen Bildungsmigranten, die in Deutschland

studieren. Es werden verschiedene Aspekte der Gesundheit erhoben und untersucht, wie sie miteinander korrelieren.

In der Studie werden auch soziale und finanzielle Ressourcen und ihr Einfluss auf die psychische Gesundheit erforscht, darunter sind z.B. die soziale Unterstützung und das Einkommen (finanzielle und materielle Ressourcen). Ein weiteres Ziel der Untersuchung ist es, Unterschiede zwischen diesen ausländischen Gruppen und einer Gruppe von Einheimischen zu zeigen.

In den letzten fünfzehn Jahren stieg die Zahl der ausländischen Studierenden in Deutschland und besonders derer aus Osteuropa.

Nach den politischen und wirtschaftlichen Veränderungen in Osteuropa nach dem Ende des Kommunismus haben viele junge Leute die Entscheidung getroffen, in Deutschland zu studieren und anschließend eine Arbeit in Westeuropa zu suchen. Einige der Gründe für eine Auswanderung sind: die Höhe der Arbeitslosigkeit in Osteuropa nach 1989, die sich verschlechternde wirtschaftliche Situation, die schlechte Bezahlung und die Korruption in vielen osteuropäischen Staaten.

Im nächsten Kapitel werden die Veränderungen und Tendenzen in den Zahlen und Merkmalen der Bildungsmigranten in Deutschland in den Blick genommen. Es werden aktuelle Studien, die sich mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Studierenden befassen, vorgestellt.

Bei den Bildungsmigranten handelt es sich um eine sehr interessante Gruppe von jungen Menschen, die gründlicher untersucht werden muss. Diese Gruppe erlebt ähnliche Stressoren wie die Migranten allgemein (sprachliche Schwierigkeiten, Probleme mit der Anpassung), leidet aber auch unter den mit dem Studium verbundenen Stressoren wie: akademischer Stress, Kommunikationsschwierigkeiten in der Uni, Vorbereitung von Klausuren und Hausarbeiten in einer fremden Sprache. Diese Stressoren, aber auch die Ressourcen der Bildungsmigranten werden in den letzten Kapiteln dieser Dissertation vorgestellt.

# Kapitel 3

## 3. Forschungsstand

In diesem Kapitel werden zuerst statistische Daten über die Zahl und die sozialen Merkmale der ausländischen Studierenden in Deutschland vorgestellt.

Es werden die Hauptbelastungen und Probleme der Bildungsausländer dargestellt und diskutiert. Danach werden die Ergebnisse unterschiedlicher wissenschaftlicher Studien zur psychischen und physischen Gesundheit der Gruppe der Studierenden zusammengefasst. Im Abschluss daran werden die deutschen Untersuchungen über die gesundheitliche Lage der Bildungsausländer sowie ein Vergleich mit der Lage der Einheimischen vorgestellt.

Am Ende des Kapitels werden unterschiedliche internationale Studien vorgestellt, die sich mit der psychischen Gesundheit und mit dem Gesundheitsverhalten der untersuchten jungen Leute befassen. Die Hauptthemen des Kapitels können wie folgt zusammengefasst werden:

- Statistische Daten über die Zahl und Charakteristika der ausländischen Studierenden in Deutschland
- Entwicklungen in den letzten Jahren
  - Die gesundheitliche Lage von Studierenden
  - Stressoren und Stressbewältigung
  - Wohlbefinden und Depression
  - Zufriedenheit
  - Psychosomatische Symptome
  - Gesundheitsverhalten
- Internationale Untersuchungen zum Thema Gesundheit von Studierenden
- Die gesundheitliche Lage von ausländischen Studierenden im Vergleich mit den deutschen Studenten
- Gesundheitsverhalten der ausländischen Studierenden
- Forschungsbedarf

### **3.1. Statistische Daten über die Zahl und Charakteristika der Gruppe ausländischer Studierender in Deutschland. Entwicklungen in den letzten Jahren**

Die 17. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (DSW), die vom Hochschul-Informationssystem durchgeführt wurde, ergab, dass die Mobilität von Studierenden einen Umfang von 2,7 Millionen Studierenden erreicht hat, wobei sich von Jahr zu Jahr hohe Steigerungsraten ausmachen lassen. Die wichtigsten Entsendeländer sind China, Indien und Korea. Die entwickelten Länder Westeuropas und die USA sind Hauptziele dieser Migrationsströme.

Die USA zum Beispiel, die in absoluten Größen der größte Studierendenimporteur sind, kommen gemessen an den Studienplätzen auf eine Importquote von 3,7%. Deutschland übertrifft mit einer Importquote von 10,1% die USA und ist damit genauso attraktiv wie das Vereinigte Königreich. Deutsche Studenten erweisen sich anteilmäßig als wesentlich mobiler (2,6%) als z.B. Studierende in Australien (0,5%) und in den USA (0,2%).

Als Gastland stellt Deutschland ein Zehntel seiner Studienplätze für ausländische Studierende zur Verfügung. Allein für die chinesischen Studierenden (etwa 14000) werden Studienplätze im Umfang einer voll ausgebauten Universität bereitgestellt (HIS, 17. Sozialerhebung, 2005).

Im Umfang hat sich das Ausländerstudium an deutschen Hochschulen seit 1970 mehr als verneunfacht. Ein besonders großer Sprung ist zwischen 2002 und 2003 (von 206000 auf 227000) erfolgt.

Die Mehrheit ausländischer Studierender an deutschen Hochschulen kommt weiterhin aus den europäischen Staaten (136000). 44000 ausländische Studierende stammen aus den alten EU-Mitgliedsstaaten, 23000 aus den neuen Mitgliedsstaaten. 37000 Studierende stammen aus den Bewerberländern wie Bulgarien und Rumänien. Während die Zahl ausländischer Studierender aus

westeuropäischen Ländern stagniert, weisen osteuropäische Länder große Zuwachsraten auf.

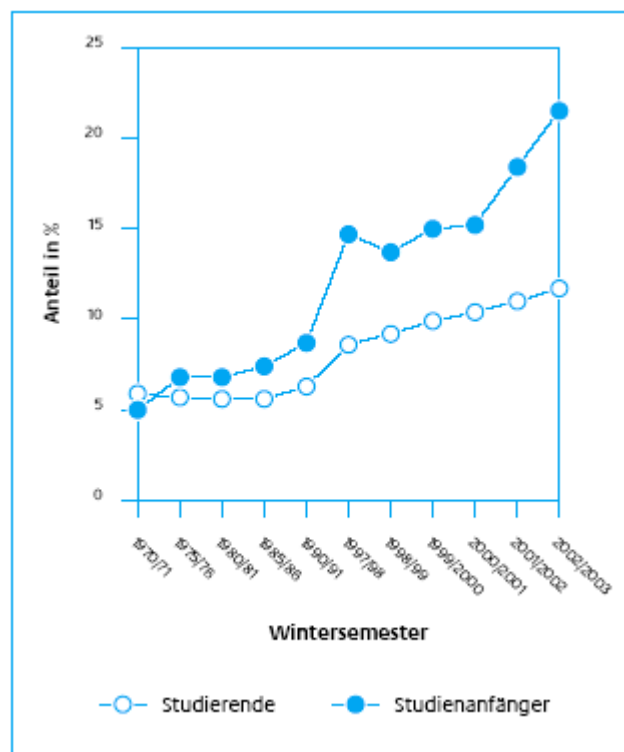


Abbildung 12. Anteil der ausländischen Studienanfänger und Studierenden im Wintersemester 1970/71 bis 2002/03 (Bildungsinländer und Bildungsausländer, in %)

In den letzten 30 Jahren lässt sich eine starke Zunahme der Zahl und des Anteils studierender Ausländer an deutschen Hochschulen beobachten. Wie in Abbildung N 12 dargestellt, ist der Anteil ausländischer Studierender in Deutschland von 1970 bis 2002 von 6% auf 20% aller Studierenden angestiegen.

Wenn wir die Zahl der Studienanfänger betrachten, können wir feststellen, dass Deutschland für ausländische Studienbewerber stark an Anziehungskraft gewonnen hat. Aus der 17. Sozialerhebung geht hervor, dass im Wintersemester 2002/03 mehr als 20% aller Studienanfänger in Deutschland ausländische Studienanfänger waren.

Es zeigt sich weiterhin, dass sich die Zahl ausländischer Studierender dadurch erhöht hat, dass mehr und mehr Studenten als Austauschstudenten nur für einige Semester nach Deutschland kommen.

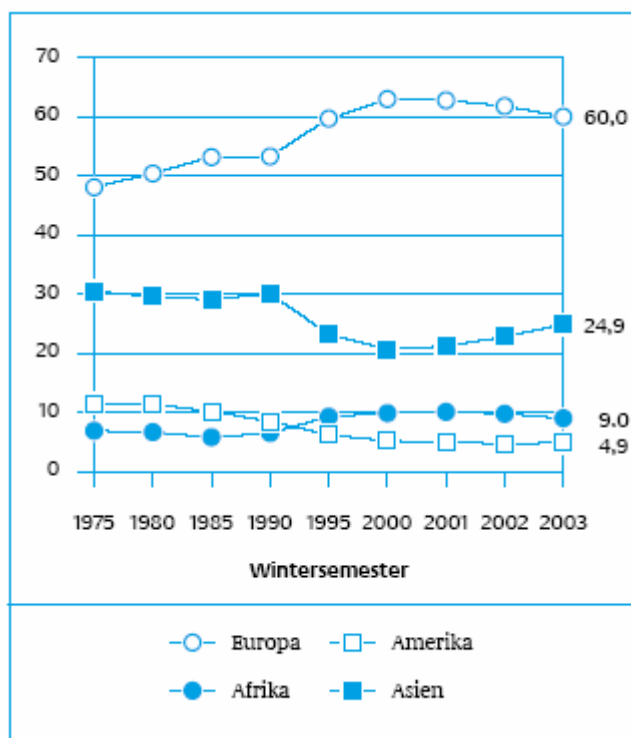


Abbildung 13. HIS 17. Sozialerhebung.

Ausländische Studierende nach dem Herkunftscontinent – Wintersemester 1975/76 bis 2002/03.

Quelle: StBA, 2003, nach 1990 einschließlich neue Länder

Der Gruppe der ausländischen Studierenden wird in Abbildung N13 entsprechend ihrer Herkunftscontinente unterteilt. Die Studierenden aus Europa bilden 60% der Anzahl ausländischer Studierender in Deutschland. Die Studierenden aus Osteuropa mit einer Anzahl von 65142 Personen bilden knapp 30% aller Bildungsausländer.

Kontinent/Subkontinent	Studienanfänger							
	1997		2000		2001		2002	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
<b>Europa</b>	21.260	68,3	28.880	64,0	32.575	61,3	34.451	58,9
Osteuropa	6.308	20,3	12.596	27,9	15.583	29,3	17.343	29,7
Westeuropa	14.952	48,0	16.284	36,1	16.992	32,0	17.108	29,3

Abbildung 14. Ausländische Studierende in Deutschland nach Herkunftscontinent

Entwicklung 1996/97 bis 2002/03

Die Zahl der Studierenden aus den osteuropäischen Ländern wie zum Beispiel Bulgarien oder Rumänien hat in den letzten Jahren auffallend zugenommen. Bulgarien hat inzwischen einen Anteil von 4,4% am Ausländerstudium in

Deutschland, wobei der Zuwachs an bulgarischen Studierenden seit 1990 mehr als 2000% beträgt (siehe Abbildung N 14).

Von den außereuropäischen Entsendeländern erweist sich China als wichtiges Entsendeland. Der Anteil von 8,9% an allen ausländischen Studierenden im Jahr 2000 stellt eine Verdoppelung gegenüber dem bereits hohen Anteilswert von 4,2% Anfang der 90er Jahre dar.

Diese Steigerung lässt sich auch bei anderen osteuropäischen Studierenden nachweisen. Die Zahl polnischer und russischer Studierenden ist in den letzten fünfzehn Jahren enorm gestiegen (s. Abbildung N 15). Von knapp 5000 polnischen Studierenden im Jahr 1996 ist die Zahl der Polen auf 12000 im Jahr 2002 angewachsen. Die Zahl von Studierenden aus der Russischen Föderation betrug im Jahr 1996/97 in Deutschland nur 3600, im Wintersemester 2002/03 waren es schon 9600 Studierende.

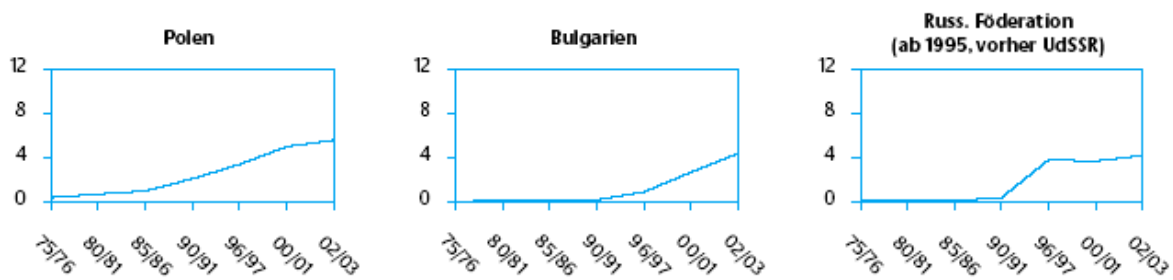


Abbildung 15. Zahl der ausländischen Studierenden aus Polen, Bulgarien und der Russischen Föderation 1975-2003

Insgesamt machen Studierende mit ausländischer Staatsangehörigkeit 11,7% aller Studierenden an deutschen Hochschulen aus. Davon sind 8,4% mobile ausländische Studierende (Bildungsausländer) und 3,3% ausländische Studierende, die bereits vor dem Studium in Deutschland lebten. Der Anteil der Bildungsinländer nimmt kontinuierlich ab.

Mobilität innerhalb Europas wird zudem durch das europäische Mobilitätsprogramm Erasmus gefördert. Mithilfe dieses EU-Programmes kommen jedes Semester Tausende von Studierenden, die aber nur eine beschränkte Zeit in Deutschland bleiben.

Herkunftsland	im Wintersemester			
	1996/97	2000/01	2001/02	2002/03
<b>Alte EU-Staaten</b>	<b>42.211</b>	<b>43.418</b>	<b>44.011</b>	<b>44.017</b>
Belgien	951	923	949	971
Dänemark	646	649	674	640
Finnland	1.058	998	1.022	929
Frankreich	5.894	6.246	6.356	6.245
Griechenland	7.945	7.516	7.451	7.254
Irland	568	536	518	506
Italien	5.784	6.771	6.879	7.074
Luxemburg	1.197	1.605	1.782	1.915
Niederlande	2.233	1.770	1.726	1.755
Österreich	6.187	6.127	6.422	6.389
Portugal	1.303	1.527	1.612	1.667
Schweden	1.000	881	816	817
Spanien	4.578	5.588	5.665	5.773
Vereinigtes Königreich	2.867	2.281	2.139	2.082
<b>Neue EU-Staaten</b>	<b>9.744</b>	<b>17.477</b>	<b>20.435</b>	<b>23.186</b>
Tschechische Republik	912	1.640	1.984	2.243
Estland	191	436	582	617
Zypern	204	180	186	197
Lettland	218	600	749	839
Litauen	311	959	1.214	1.465
Ungarn	1.846	2.779	2.914	3.129
Malta	30	53	54	53
Polen	5.271	9.328	10.936	12.601
Slowenien	387	510	547	561
Slowakei	374	992	1.269	1.481
<b>Bewerberländer</b>	<b>24.288</b>	<b>30.887</b>	<b>34.222</b>	<b>37.460</b>
Bulgarien	1.434	5.015	7.321	9.897
Rumänien	998	2.232	2.860	3.449
Türkei	21.856	23.640	24.041	24.114

Abbildung 16. Ausländische Studierende aus europäischen Herkunftsländern an deutschen Universitäten. Vergleich WS 1996/97 und 2002/03

Die Zahl der Bildungsausländer auch aus solch kleinen europäischen Staaten wie der Tschechischen Republik oder Litauen, Lettland und Estland hat in den letzten Jahren rapide zugenommen (s. Abbildung N 16).

### Hauptcharakteristika der ausländischen Studierenden in Zahlen

83% der ausländischen Studierenden haben den Studienaufenthalt in Deutschland selbst organisiert. 17% sind im Rahmen eines Mobilitäts-, Partnerschafts-,



Kooperations- oder Austauschprogramms nach Deutschland gekommen (Daten bis 2004)<sup>1</sup>.

Ein interessanter Fakt ist, dass die Mehrheit der ausländischen Studierenden sich im Erststudium befindet (67%). Rund ein Fünftel kommt als Graduierte und gut ein Zehntel hält sich zu einem Teilstudium in Deutschland auf.

Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts sind bei den Bildungsausländern aus Entwicklungsländern und Industrieländern festzustellen. Bei den Studierenden aus Entwicklungsländern überwiegt der Anteil der Männer (66%), während aus Schwellen- und Industrieländern mehr Frauen (68% bzw. 56%) als Männer nach Deutschland kommen.

Bei der Wahl des Studienfaches sind ebenfalls Unterschiede zwischen den Schwellen- und Industrieländern auf der einen und Entwicklungsländern auf der anderen Seite festzustellen. Wie die Daten aus der 17. Sozialerhebung zeigen, ist der größte Teil der Studierenden aus den Entwicklungsländern in einem Studiengang der Ingenieurwissenschaften eingeschrieben, die Studierenden aus den Schwellen- und Industrieländern in einem Studiengang der Sprach- und Kulturwissenschaften.

Die meisten Bildungsausländer wollen in Deutschland einen Studienabschluss erwerben. Nur eine Minderheit von 12% strebt den Abschluss des Studiums im Heimatland oder einem Drittland an. Dies ist am häufigsten bei Studierenden aus den Industrieländern (30%) der Fall und deutlich seltener bei Studierenden aus den Schwellen- und Entwicklungsländern.

### *Motivation*

Fragt man nach bildungsbezogenen Aspekten, so wird ein Studium in Deutschland am häufigsten mit dem Wunsch begründet, Sprachkenntnisse zu vertiefen, mit der Erwartung, in Deutschland bessere Studienbedingungen vorzufinden und mit dem

---

<sup>1</sup> Quelle: HIS, 17. Sozialerhebung, 2005

Interesse, spezielle Fachkenntnisse erwerben zu wollen. Daneben wird vor allem die Erwartung geäußert, durch das Studium in Deutschland die eigenen Berufschancen zu verbessern.

<b>Überlegung:</b>	<b>Entwicklungs- länder</b>	<b>Schwellen- länder</b>	<b>Industrie- länder</b>
Ich wollte einmal in einer fremden Situation/Kultur zurechtkommen.	65%	61%	61%
In Deutschland gibt es keine Studiengebühren.	68%	51%	21%
Ich wollte vor allem aus der Situation in meinem Heimatland herauskommen.	33%	39%	22%
In Deutschland kann man sein Studium durch Jobben zumindest teilweise finanzieren.	49%	51%	16%
Mit einem Studium in Deutschland verbessere ich meine Berufschancen.	82%	86%	60%
Die deutschen Hochschulen haben einen besonders guten Ruf.	69%	37%	41%

Tabelle 2. Einfluss verschiedener Überlegungen auf die Entscheidung für Deutschland

Bildungsausländer = der Anteil, der auf einer 5-Skala von „überhaupt nicht“ (=1) bis „sehr stark“ (=5) die Werte 4 oder 5 ankreuzen, in %, Quelle: 17. Sozialerhebung

### *Finanzierung und Finanzierungsquellen*

Wie die Daten der Erhebung von 2005 deutlich machen, haben die Bildungsausländer mehrere Finanzierungsquellen, mit denen sie ihren Lebensunterhalt in Deutschland bestreiten. Im Vergleich mit den deutschen

Studierenden ist aber der Anteil der Ausländer, die mehrere Finanzierungsquellen haben, deutlich geringer (52% vs. 80%).

Ausländische Studierende finanzieren ihr Leben in Deutschland hauptsächlich durch eine Arbeit neben dem Studium und durch die finanzielle Unterstützung seitens ihrer Eltern. Wie die HIS Statistik zeigt, finanzieren mehr als die Hälfte der Bildungsausländer ihren Lebensunterhalt über einen eigenen Verdienst von knapp 400 Euro monatlich. Nur 13% der Ausländer leben ausschließlich von der finanziellen Unterstützung der Eltern.

Die Situation bei den deutschen Studierenden sieht anders aus. Die Unterstützung durch die Eltern ist die wichtigste Finanzierungsquelle. Staatliche Unterstützung in Form von BAföG spielt aber auch eine sehr große Rolle für die Sicherung des Lebensunterhaltes deutscher Studierender. Für die Bildungsausländer werden Stipendien als die drittwichtigste Finanzierungsquelle genannt.

#### *Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse*

Es ist interessant, wie die Bildungsausländer ihre Kenntnisse der deutschen Sprache selbst einschätzen. Um zu einer guten subjektiven Einschätzung zu gelangen, ist in der Sozialerhebung von 2003 eine fünf stufige Skala von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“ verwendet worden.

Wie aus den Daten hervorgeht, beurteilen die Studierenden aus Entwicklungsländern die Beherrschung der deutschen Sprache in allen Bereichen viel kritischer als die Studierenden aus den anderen Ländern. Der Bereich „Schreiben“ (Mittelwert: 3,4) wird von den Ausländern im Vergleich zu den Bereichen „Sprechen/Kommunizieren“, „Hören/Verstehen“ und „Lesen/Verstehen“ (Mittelwert: 3,9) allgemein als viel schwieriger eingeschätzt.

Die Einschätzung der Deutschkenntnisse unterscheiden sich auch dann, wenn man Studienanfänger mit Graduierten vergleicht. Die Studierenden, die erst ein bis vier Semester in Deutschland sind, beurteilen ihre Sprachkenntnisse wesentlich schlechter (Mittelwert: 3,5) als die Studierenden, die schon neun oder mehr Semester lang (Mittelwert: 4,2) in der BDR sind.

Die Beurteilung der Kenntnisse der deutschen Sprache unterscheidet sich auch, wenn wir Studierenden aus unterschiedlichen Fächern vergleichen. Die Ausländer aus den Fachrichtungen „Sprach- und Kulturwissenschaften“ und „Medizin“ zum Beispiel schätzen ihre Kenntnisse viel höher ein als die Studierenden aus anderen Bereichen.

### *Schwierigkeiten in Deutschland*

Die ausländischen Studierenden wurden auch nach den Schwierigkeiten, die sie in Deutschland erleben, befragt<sup>2</sup>. Die Antworten, die gegeben wurden, zeigen interessante Tendenzen.

Ein großer Prozentsatz der Ausländer gibt die Finanzierung des Studiums in Deutschland als Hauptproblem an (siehe Abbildung 17). Als zweitwichtigstes Problem wird der schwierige Kontakt mit den deutschen Studierenden genannt. Hier sind Probleme bei der sozialen Unterstützung und Kommunikation zu vermuten.

Als sehr problematisch und schwierig werden die Bereiche Orientierung im Studiensystem, Zimmer- und Wohnungssuche und Erhalt einer Arbeitserlaubnis empfunden. Nicht zuletzt, und zwar auf Platz sechs der von den Studierenden als problematisch eingeschätzten Bereiche, wird der Kontakt zur Bevölkerung genannt.

Als schwierig und problematisch wurden auch die bürokratischen Hindernisse, die Leistungsanforderungen im Studium und die Verständigung in der deutschen Sprache bezeichnet.

Weitere Schwierigkeiten, die aber nicht von einem so großem Prozentsatz der Ausländer genannt wurden, sind:

- die Anerkennung bisheriger Studienleistungen
- der Kontakt zu Hochschullehrern
- die Studienplatzzusage

---

<sup>2</sup> HIS, 17. Sozialerhebung, 2005

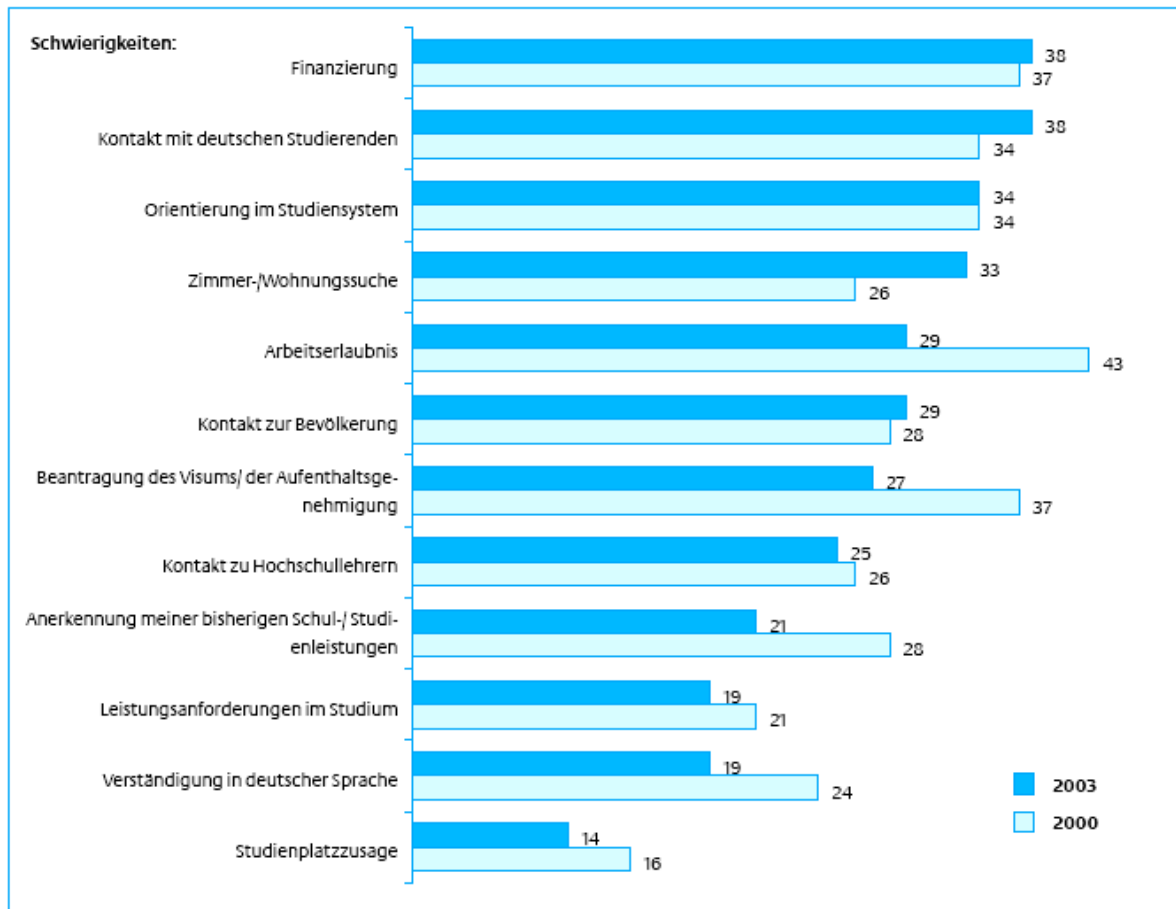


Abbildung 17. Schwierigkeiten in Deutschland. Anteil der Bildungsausländer: Anteil, der auf einer Skala von „sehr große Schwierigkeiten“ (=1) bis „überhaupt keine Schwierigkeiten“ (=5) die Skalenwert 1+2 ankreuzte, in %. Quelle: 17. Sozialerhebung, 2005

Die Probleme und Schwierigkeiten, die von den Bildungsausländern in dieser Sozialerhebung genannt wurden, kann man in drei Hauptgruppen von Belastungen untergliedern: finanzielle und soziale Probleme sowie Probleme mit der Orientierung in einem fremden Land. In dieser Untersuchung wurden jedoch keine Daten über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der ausländischen Studierenden erhoben. Es wurden keine Fragen zum psychischen Wohlbefinden, zur Gesundheit oder zur Zufriedenheit der Studierenden gestellt. Einige von diesen Bereichen wurden aber von anderen Forschern untersucht und werden im nächsten Unterkapitel vorgestellt.

### **3.2. Die gesundheitliche Lage von Studierenden in Hinblick auf das Gesundheitsverhalten. Psychische Gesundheit**

In diesem Unterkapitel werden die Ergebnisse unterschiedlicher internationaler Studien vorgestellt, die sich mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten einheimischer und ausländischer Studierende in verschiedenen Ländern befassen.

Die Gesundheit von Studierenden ist in den modernen industrialisierten Gesellschaften zunehmend durch verschiedene belastende Faktoren im privaten Leben und im Hochschulalltag gefährdet (Siegrist, 1995). Der hohe Leistungs- und Erwartungsdruck, die ungewissen beruflichen Zukunftsperspektiven und die Konkurrenz untereinander können eine wesentliche Ursache für zahlreiche psychosomatische Beschwerden, Depressionen, Erkrankungen und abweichendes Verhalten darstellen (Gastorf, Neukirchen, 2000).

Im Zusammenhang mit der Studiensituation sind unterschiedliche Stressoren relevant. So können die Aufnahme des Studiums und auch der Studienabschluss ein kritisches Lebensereignis darstellen, das mit erhöhtem Stress einhergeht. Ebenso sind ein Wechsel des Studienfachs oder des Studienplatzes als kritische Übergänge im Lebenszyklus zu bewerten (Stock, Krämer, 2000).

In vielen Studien konnte nachgewiesen werden, dass die wichtigsten und häufigsten Erkrankungen bei den jungen Erwachsenen im Bereich der mentalen Gesundheit liegen. Es wird bei dieser Gruppe von erhöhten Raten von Depressionen und niedrigem Wohlbefinden in den letzten zwanzig Jahren berichtet (Patrick, Grace & Lovato, 1992, Steptoe&Wardle, 2001b, Wardle et al., 2004).

## *Stressoren und Stressbewältigung während des Studiums*

Ein Studium kann als sehr anstrengend und anforderungsreich erlebt werden. Die Vielfalt von unterschiedlichen Informationen, die man während des Studiums erhält, kann dazu führen, dass Studierende wenig Zeit haben, um sich zu entspannen und zu erholen. Einige Autoren haben sogar festgestellt, dass die großen Mengen an erhaltenen Informationen, Schlafstörungen und Schlaflosigkeit nach sich ziehen können (Firth-Cozens, 2001). Die Stressoren während der Studienzeit können verschiedene mentale Bereiche negativ beeinflussen: Konzentration, Ängstlichkeit und sogar depressive Verstimmung (Gisele, 2002).

Das niedrige und „gesunde“ Niveau von Stress, auch Eu-Stress genannt, fördert die Aktivität, die Produktivität und die Kreativität des Individuums. Im Gegensatz dazu kann negativer Stress (Dis-Stress) zu signifikanten Problemen und mentalen Gesundheitsproblemen führen (Shaikh et al, 2004).

Noch die Ergebnisse der Untersuchungen von 70er und 80er Jahren haben gezeigt, dass die Studierenden, besonders das weibliche Geschlecht, durch unterschiedliche Belastungen während des Studiums gefährdet sind. Am Anfang des Studiums ist für viele Studienanfänger schwierig sich zu orientieren und die konkreten Studienaufgaben zu realisieren. Eine wichtige Rolle für die Bewältigung dieser Stressoren sind vor allem die Kontakten mit den Anderen, besonders mit den anderen Studierenden und Dozenten (Vollrath, 1988).

Verschiedene emotionale und soziale Stressoren, wie z.B. Unsicherheit in Hinblick auf die Zukunft, Leistungsdruck, ungesunde Zielstrebigkeit, Probleme in der Familie oder mit den Freunden, können die Lernfähigkeit und die akademischen Leistungen von Studierenden beeinflussen (Vollrath, 1988, Lee et al, 2005).

Lee (Lee et al., 2005) kommt in seiner qualitativen Studie zu dem Ergebnis, dass folgende drei Stressfaktoren, die von den Studierenden am häufigsten genannt wurden, eine wichtige Rolle spielen: Planung der Karriere („future career plan“), finanzielle Probleme („finance“) und interpersonale Beziehungen („interpersonal relationships“). Stressoren wie Intimität („intimate relationship“), persönliches

Erscheinungsbild („personal appearance“) und persönliche Leistung („personal achievement and goal setting“) werden in dieser Untersuchung von den Studierenden hingegen nicht so oft erwähnt.

Zu den akademischen Stressoren, die am häufigsten von den Studierenden genannt wurden, zählen: Leistungen und Konkurrenz („grades and competition“), Karriere und zukünftiger Erfolg („career and future success“), hohe Ansprüche und hoher Termindruck („too many demands and meeting deadlines“) (Lee et al., 2005).

Die Häufigkeit der ausgewählten Stressfaktoren, die meistens mit der Planung der Karriere und der Finanzierung des Studiums verbunden sind, und die akademischen Stressoren, die die Leistungen betreffen, indizieren, dass sich die Studierenden Sorgen um ihre professionelle Zukunft machen und bezüglich ihrer Pläne für die Zukunft sind. Der am häufigsten erwähnte akademische Stressor – „Leistungen und Konkurrenz“ – spricht vom Affekt in der Zeit der Prüfungen.

Goodman unterteilt Stressoren, die Studierende belasten, in akademische, finanzielle, solche, die mit fehlender Zeit oder mit einer Verschlechterung der Gesundheit verbunden sind (academic, financial, time related or health related) (Goodman, 1993).

Studierende berichten, dass sie akademischen Stress nur in einer bestimmten Zeit des Semesters erleben, nämlich besonders in der Prüfungszeit und dann, wenn sie untereinander um bessere Leistungen konkurrieren, wenn die Zeit drängt und Inhalte in kurzer Zeit gelernt werden muss (Abouserie, 1994).

Wenn die Stressoren nicht bewältigt werden können, sind bei Studierenden physische und psychische Schädigungen wie Depressionen zu beobachten (Murphy & Archer, 1996).

Zukünftige Forschung in diesem Bereich sollte die akademischen und persönlichen Stressoren, die möglicherweise Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Studierenden haben könnten, untersuchen.



### *Wohlbefinden und depressive Symptome bei den Studierenden*

Die amerikanischen Studien, die in den letzten Jahren publiziert worden sind, berichten davon, dass Depressionen schon im jungen Alter beginnen können. Aber weil die Jugendlichen nicht auf ihre Gesundheit achten, kann sich dies negativ auf ihre Psyche auswirken (NHSDA, 2002). In den USA sind Depressionen das wichtigste Gesundheitsproblem bei der Gruppe der Studierenden (Apfel, 2003, Kadison & DiGeronimo, 2004).

Depression führt auch zu Suizidverhalten. 30% der Studenten in den USA haben angegeben, dass jährlich mindestens ein Suizid auf ihrem Campus stattfindet. (Clark, 2001). Die Untersuchung des „National Survey of Counseling Center Directors“ in den USA hat darüber hinaus ergab, dass bestimmte psychologische Probleme bei den Studierenden in einem Zeitraum von fünf Jahren um 85% zugenommen haben (O'Malley, 1990).

Fälle von depressiven Verstimmungen, Lernbehinderungen, Essstörungen, Alkoholmissbrauch und Missbrauch anderer Drogen sind in den letzten Jahren immer häufiger geworden (Kitzrow, 2003).

Retrospektive Analysen von studentischen Problemen in einem Zeitraum von dreizehn Jahren haben eine signifikante Zunahme in der Psychopathologie bei den Studierenden, besonders bei Depressionen, Suizidgedanken und Persönlichkeitsstörungen, ergeben (Benton, Robertson, Tseng, Newton, & Benton, 2003).

Untersuchungen aus dem Jahr 2006 berichten, dass 10% bis 25% der Studierenden an mildereren oder mittelschweren Depressionen leiden (Dyrbye, 2006). Depressive Symptome bei Studierenden sind sehr stark mit mangelnder physischer Bewegung sowie mit unregelmäßigem Schlaf und Rauchen verbunden (Allgöwer, 2001).

Es ist interessant, festzustellen, dass die psychischen Probleme sehr stark im Zusammenhang mit Essstörungen und dem Gefühl von Einsamkeit stehen (Franko, Striegel-Moor et al., 2005). Das Fehlen von sozialer Unterstützung korreliert stark mit einer depressiven Symptomatik (Patten, 1997).

Allgöwer und ihre Mitarbeiter (Allgöwer et al., 2001) untersuchten die depressive Symptomatik, die soziale Unterstützung und das Gesundheitsverhalten bei 2 091 Studenten und 3 438 Studentinnen aus 16 unterschiedlichen Ländern Europas. Sie konnten nachweisen, dass Depressionen bei den Probanden im Zusammenhang mit einem „negativen“ Gesundheitsverhalten standen, das durch eine Abwesenheit von physischer Aktivität, durch unregelmäßiges Schlafen und eine ungesunde Ernährung gekennzeichnet war. Niedrige soziale Unterstützung korrelierte zudem mit der Abwesenheit von physischer Aktivität, Schlafstörungen und riskantem Verhalten (Allgöwer et al., 2001).

In einer anderen Publikation aus dem Jahr 2004 wurde die depressive Symptomatik bei einer großen Stichprobe (8 364 Studenten und Studentinnen aus fünf west- und fünf mittelosteuropäischen Ländern) beschrieben. Die Zahl der Studierenden mit Depressionen in Osteuropa war viel höher als die der westeuropäischen Studierenden. Unterschiede ließen sich hinsichtlich des Geschlechtes feststellen. Auch depressive Symptome waren für die Gruppe der Studierenden typisch, die insgesamt eine niedrige Kontrollüberzeugung aufwies. Junge Leute sind also depressiver, wenn sie nicht das Gefühl haben, dass sie ihr Leben kontrollieren und ändern können. Keine Depressionen wurden bei der Gruppe von Studierenden festgestellt, die glaubte, dass sie aufgrund ihrer eigenen Bemühungen und Aktivitäten ihre Ziele in Zukunft erreichen kann (Wardle et al., 2004). Die Kontrollüberzeugung erklärt aber nicht die Unterschiede zwischen den ost- und den westeuropäischen Studierenden im Bereich der Depression.

### *Zufriedenheit von Studierenden*

Es gibt unterschiedliche Methoden, die Zufriedenheit von Menschen quantitativ zu messen. In der eben zitierten Untersuchung von Wardle, Steptoe und Kollegen wurde die Zufriedenheit bei den Studierenden aus unterschiedlichen west- und osteuropäischen Ländern durch die folgende Frage erfasst: „All things considered, how satisfied are you with your life as a whole?“. Die folgende Antworten waren möglich: „very satisfied“, „moderately satisfied“, „neutral“, „moderately dissatisfied“ und „very dissatisfied“ (Wardle et al, 2004). Die Ergebnisse dieser über mehrere Ländergrenzen hinweg durchgeführten Studie zeigten keine signifikanten Unterschiede in der Zufriedenheit bei Männern und Frauen. Die nationalen Differenzen waren auch nicht sehr groß, obwohl die Mittelosteuropäer weniger zufrieden mit ihrem Leben waren als die Westeuropäer (2,52 vs. 2,49). Knapp 22% der Osteuropäer waren unzufrieden mit ihrem Leben, im Vergleich dazu waren viel weniger Westeuropäer damit unzufrieden (15.9%) (Wardle et al, 2004). Eine geringe Zufriedenheit ließ sich häufiger bei älteren Studierenden als bei jüngeren beobachten. Es ist außerdem festgestellt worden, dass eine höhere Zufriedenheit mit einer höheren Kontrollüberzeugung einhergeht. Je selbstsicherer die jungen Menschen sind, desto zufriedener sind sie auch.

### *Psychosomatik bei den Studierenden*

Die psychosomatische Forschung hat eine lange Geschichte (Weiss & English, 1949, Wirsching, 1996, Klusmann, 2001, Janssen et al., 2005). Objekte dieser spezifischen Forschung sind die so genannten psychosomatischen Symptome, also diejenigen Symptome, für die sich keine körperliche Ursache finden lässt. Es handelt sich dabei um Symptome, die man nicht organisch, sondern nur psychologisch erklären kann. Überwiegend psychische Ursachen für psychosomatische Symptome wie Schlaflosigkeit, Unruhe, Kreuz- und Rückenschmerzen sind unangenehme Gefühle wie Wut, Zorn, Ärger oder Trauer, die verdrängt wurden, da ihr offener Ausdruck von den Menschen in der Umgebung oder der Gesellschaft tabuisiert wird. Bei den psychosomatischen Symptomen handelt es sich also um eine Art Sprache der Organe.

Psychosomatische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Kreuz- und Rückenschmerzen, Nervosität und Konzentrationsschwierigkeiten sind die am häufigsten genannten Probleme dieser Art bei Kindern und Jugendlichen (Bingefors & Isacson, 2004, Rhee et al., 2005).

Beschwerden psychosomatischer Natur und eine sich verschlechternde subjektive Gesundheit können bei Erwachsenen eine schwierige wirtschaftliche, mentale Lage nach sich ziehen und eine Therapie notwendig machen (Badura et al, 2002).

Die in unterschiedlichen Untersuchungen beobachteten Tendenzen machen deutlich, dass Beschwerden psychosomatischer Natur mit dem Alter häufiger werden (Roth-Isigkeit et al., 2004). Dabei wurden geschlechtsspezifische Unterschiede beobachtet. Junge Frauen berichten häufiger von psychosomatischen Problemen als junge Männer (Allgöwer, 2000, Torsheim et al, 2006).

Andere Autoren konzentrieren sich auf sozioökonomische Unterschiede und auf Vergleiche zwischen verschiedenen Ländern im Bereich der Psychosomatik (Haugland & Wold, et al, 2001, Stock et al, 2003). Jugendliche aus niedrigeren Schichten und solche in Gebieten, in denen höhere Arbeitslosigkeit herrscht, leiden mehr unter Kopfschmerzen und anderen Beschwerden psychosomatischer Natur (Carlsson, 1996).

Deutsche Untersuchungen, die sich auf die Gesundheit von Jugendlichen und Studierenden konzentrieren, zeigen ebenfalls erhöhte Prozentsätze bei Beschwerden und psychosomatischen Problemen, von denen Frauen häufiger als Männern berichten (Kolip, Nordlohne & Hurrelmann, 1995, Allgöwer, 2000).

Durch die bundesweite Jugendgesundheitssurvey aus den 90er Jahren konnte nachgewiesen werden, dass unter den psychosomatischen Symptomen, die deutsche Studierende haben, Symptome wie Kopfschmerzen (14,1%), Unruhe und Nervosität (8,9%) sowie Kreuz- und Rückenschmerzen (6,9%) und Konzentrationsschwierigkeiten (7,4%) vorherrschen. Es sind hohe

Geschlechtsunterschiede festzustellen. Die Symptome, die bei den Mädchen vorherrschen, kommen bei ihnen häufiger als bei den Jungen vor (s. Tabelle 3).

Psychosomatische Beschwerden	Gesamtprävalenz	Mädchen	Jungen
<b>Vegetatives Syndrom</b>			
Unruhe/Nervosität	8,9%	11,3%	6,2%
Konzentrationsschwierigkeiten	7,4%	9,4%	5,2%
Schlafstörungen	6,0%	8,4%	3,4%
Starkes Herzklopfen	5,1%	7,0%	3,1%
<b>Physiologisches Syndrom</b>			
Kopfschmerzen	14,1%	19,0%	8,8%
Schwindelgefühl	6,2%	10,0%	2,1%
Appetitlosigkeit	5,1%	7,3%	2,6%
<b>Bereichsspezifische Schmerzen</b>			
Kreuz- und Rückenschmerzen	6,9%	9,6%	3,9%
Nacken- und Schulterschmerzen	4,6%	6,4%	2,6%

Tabelle 3. Spezifische psychosomatische Beschwerden im Überblick. Angaben in Prozent für „häufig“; N=2330, (nach Kolip et al., 1995)

Allgöwer kam in ihrer Untersuchung zu ähnlichen Ergebnissen. Am häufigsten klagten die Studierenden über psychosomatische Symptome wie Kreuz- und Rückenschmerzen, Unruhe sowie Nacken- und Kopfschmerzen (Allgöwer, 2000). Bei dieser Untersuchung waren auch Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts zu beobachten. Konzentrationsschwierigkeiten zum Beispiel wurden besonders häufig bei der Gruppe der Frauen gemessen (30,5% vs. 19,7%), das Gleiche gilt für Schlafstörungen (22,1% vs. 11,2%).

Unterschiede zwischen Männern und Frauen konnten bei allen psychosomatischen Symptom beobachtet werden, wobei die Frauen im Vergleich mit den Männern deutlich häufiger an diesen Beschwerden litten (s. Tabelle 4).

<b>Beschwerden</b>	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>	<b>Insgesamt</b>
<i>Kreuz- und Rückenschmerzen</i>	43,3%	35,2%	40,8%
<i>Unruhe</i>	45,0%	31,0%	38,7%
<i>Nacken- oder Schulterschmerzen</i>	44,1%	29,5%	37,4%
<i>Kopfschmerzen</i>	39,0%	18,1%	29,4%
<i>Konzentrationsschwierigkeiten</i>	30,5%	19,7%	25,5%
<i>Magenbeschwerden</i>	27,9%	17,4%	22,9%
<i>Depressive Verstimmungen</i>	24,9%	15,9%	19,1%
<i>Schwindelgefühle</i>	26,1%	8,1%	18,0%
<i>Schlafstörungen</i>	22,1%	11,2%	17,3%
<i>Ängste/Phobien</i>	21,5%	9,1%	13,1%
<i>Appetitlosigkeit</i>	12,6%	9,4%	11,3%
<i>Alpträume</i>	16,3%	4,1%	10,8%

Tabelle 4. Beschwerden im Überblick, Angaben in Prozent (Allgöwer, 2000)

### *Gesundheitsverhalten von Studierenden*

Die Untersuchung des persönlichen Gesundheitsverhaltens ist wichtig, weil es die Entwicklung von Erkrankungen determinieren kann. Dabei ist auch die Erforschung des Risikoverhaltens von Bedeutung, weil es ebenfalls in Zusammenhang mit Morbidität und Mortalität steht.

Stephoe and Wardle haben zehn Arten von Gesundheitsverhalten von Studierenden in achtzehn europäischen Ländern untersucht (Stephoe&Wardle, 2001a). Es wurden unterschiedliche Verhaltenstypen, wie physische Aktivität, Rauchen, Alkoholkonsum, Essen, im Zusammenhang mit der Kontrollüberzeugung untersucht. Die Untersuchungen haben gezeigt, dass Personen mit einer hohen Kontrollüberzeugung mehr Bewusstsein hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens, besonders in den Bereichen gesunde Ernährung und physischer Aktivität, haben (Stephoe&Wardle, 2001a).

Die überprüften Zusammenhänge zwischen psychologischen Merkmalen wie Kontrollüberzeugung und bewusstes Gesundheitsverhalten machen deutlich, dass die Gesundheit der Studierenden psychologisch und sozial stark beeinflusst wird. In einer weiteren Publikation von Steptoe und Wardle (Steptoe&Wardle, 2001b) wird das Gesundheitsverhalten und das emotionale Wohlbefinden zwischen Studierenden aus west- und osteuropäischen Ländern verglichen. Die Westeuropäer zeigten in den meisten Bereichen, wie z.B. physische Aktivität, Alkoholkonsum, gesunde Ernährung, ein besseres Gesundheitsverhalten. Die Osteuropäer zeigten schlechtere Ergebnisse im Bereich des emotionalen Wohlbefindens.

In Deutschland durchgeführte Untersuchungen des Gesundheitsverhaltens haben in den Bereich Bewegungsverhalten, Alkoholkonsum, Rauchen und Drogenkonsum haben interessante Ergebnisse gezeitigt (Allgöwer, 2000).

Im Bereich der Ernährung bemühte sich über die Hälfte der befragten Studierenden um eine ausgewogene und gesunde Ernährung. Mehr als 7% der Untersuchten bemühten sich jedoch „nie“ um eine ausgewogene Ernährung.

Mehr als die Hälfte der Befragten hat auch angegeben, dass sie sich ihrer Einschätzung nach ausreichend bewegt. Wenn Sport getrieben wurde, hat die Zeit für sportliche Aktivitäten beträchtlich. Als beliebteste Sportarten wurden Radfahren (23,9%), Mannschaftssportarten (18,4%), Tanzen, Aerobic und Fitness (17,7%) und Laufen (16,0%) von den Studierenden genannt (s. Tabelle 5).

<b>Sportart</b>	<b>Häufigkeit in Prozent</b>
<i>Radfahren</i>	23,9%
<i>Mannschaftssportarten</i>	18,4%
<i>Tanzen, Aerobic, Fitness</i>	17,7%
<i>Laufen</i>	16,0%
<i>Rückschlagsspiele</i>	14,9%
<i>Schwimmen</i>	12,8%

Tabelle 5. Verteilung. Sportart (Allgöwer, 2000)

Wie die Studie gezeigt hat, gehört der Gebrauch legaler Drogen wie Alkohol und Tabak zum festen Bestandteil des Alltags der befragten Studierenden. Beunruhigend ist, dass knapp die Hälfte der Studierenden berichtete, dass sie mindestens einmal pro Woche Alkohol trinkt.

Die Angaben zum Drogenkonsum waren auch nicht besonders positiv. Rund ein Drittel aller befragten Studierenden hat angegeben, dass sie schon mindestens einmal Haschisch probiert hatten, wobei signifikante Geschlechtsunterschiede festgestellt werden konnten. Der Anteil der Männer, die regelmäßig Haschisch konsumieren (10,6%) war viel höher als der der Frauen (4,5%). Mit anderen Drogen hatten die Befragten viel weniger Erfahrung.

Eine andere Publikation von Allgöwer, Stock und Krämer (1998) erfasst die Daten einer Querschnittstudie, die das Ziel hatte, selbstberichtete Daten zum Gesundheitszustand von Studierenden in Deutschland zu erhalten. Die Ergebnisse zeigten, dass ernsthafte Erkrankungen eine niedrige Prävalenz hatten. Eine große Zahl der untersuchten Studierenden zeigte jedoch eine hohe Prävalenz psychovegetativer Beschwerden (Allgöwer, Stock und Krämer, 1998).

### *Vergleichsuntersuchungen*

Es mangelt derzeit an aktuellen Studien, die sich mit der Gesundheit junger Leute in Osteuropa befassen. Die Ergebnisse der durchgeführten Vergleichsstudien zeigen aber Unterschiede zwischen Studierenden aus osteuropäischen und westeuropäischen Ländern im Bereich der psychischen Gesundheit, besonders bei Depressionen und der Zufriedenheit.

Eine Vergleichsuntersuchung zwischen West- und Osteuropa wurde von Beck Depression Inventory mit etwa 6 400 Studenten aus Westeuropa – Österreich, Belgien, West-Deutschland, Schweiz – und Osteuropa – Ungarn, Polen und



Ostdeutschland – zwischen 1989 und 1990 durchgeführt (Stephoe & Wardle, 2001b).

Die Studenten aus Osteuropa – so zeigen die Ergebnisse – weisen höhere Werte beim Alkoholkonsum und Rauchverhalten auf. Bei osteuropäischen Studenten lassen sich außerdem höhere Depressionswerte im Vergleich zu den Studenten aus den westeuropäischen Ländern feststellen.

Es besteht ein Mangel an Untersuchungen, die der Frage nachgehen, ob signifikante Unterschiede in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von ausländischen Studierenden aus Osteuropa zu beobachten sind. Bei Studierenden aus Osteuropa, die im Westen studieren, sind einerseits kulturell-psychoziale Dispositionen (Depressionen, Rauchverhalten, Alkoholkonsum) zu erwarten, andererseits werden diese Verhaltensweisen und Erkrankungen auch von der fremden sozialen Umgebung verstärkt, in der die psychosozialen Ressourcen bedroht sind.

Eine weitere Untersuchung, die Unterschiede zwischen Westen und Osten, aber auch Süden und Norden in den Blick nimmt, wurde in den drei Ländern – Spanien (Süden), Deutschland (Nordwesten) und Litauen (Osten) durchgeführt (Stock et al, 2003). Die litauischen Studierenden wiesen höhere Depressionswerte im Vergleich zur Gruppe aus Spanien und Deutschland auf. Die Osteuropäer zeigten auch das niedrigste Niveau sozialer Unterstützung und die höchsten Werte psychosozialen Stresses.

Im Vergleich zu den litauischen Studierenden litten die südeuropäischen Studierenden häufiger an Kopfschmerzen und Rückenschmerzen. Die südeuropäischen Studierenden litten im Vergleich zu den deutschen Studierenden zudem vermehrt an psychosomatischen Beschwerden. Die deutschen Studierenden beklagten sich am häufigsten über Nervosität, Rückenschmerzen und Kopfschmerzen.

Diese Tendenzen waren auch bei den spanischen Studierenden zu beobachten. Die West- und Südeuropäer zeigten im Vergleich zu den Osteuropäern signifikant

höhere Werte bei Rückenschmerzen, was im Zusammenhang mit kulturellen Unterschieden und verschiedenen Lebensstilen steht. Die Osteuropäer trieben mehr Sport und zeigten höhere Werte im Bereich der körperlichen Aktivitäten.

Diese vergleichende Studie macht deutlich, dass Studierende in den ehemals kommunistischen Ländern wie z.B. Litauen im Vergleich zu den westeuropäischen Studierenden häufiger physisch aktiv sind (Stock et al., 2003). Obwohl die Osteuropäer im Vergleich zu ihren westeuropäischen Kommilitonen sportlich aktiver waren, zeigten sie viel höhere Raten an Depression. Interessant ist, dass die deutschen Studierenden das niedrigste Niveau an sportlichen Aktivitäten hatten und ein höheres Niveau an Beschwerden wie Nackenschmerzen und Nervosität.

Die Südeuropäer wiesen ein höheres Niveau an psychosomatischen Symptomen und Verdauungsbeschwerden im Vergleich mit den deutschen Studierenden sowie an Rückenschmerzen im Vergleich zu den litauischen Studierenden auf. Bei den litauischen Studierenden war ein höheres Niveau an psychosozialen Stress und Depression feststellbar (Stock et al., 2003). Ein höheres Niveau an Depression bei den Osteuropäern wurde auch von anderen Autoren beobachtet (Stephoe and Wardle, 1991). Es können verschiedene soziokulturelle und ökonomische Gründe vermutet werden. Die niedrigen Werte bei der sozialen Unterstützung bei osteuropäischen im Vergleich mit westeuropäischen Studierenden wurden auch in anderen Untersuchungen von Steptoe und seinen Mitarbeiter diskutiert (Stephoe et al., 2001).

Es sind außerdem interessante geschlechtsbezogene Unterschiede nicht nur in Westeuropa sondern auch in Osteuropa festzustellen. Die Männer tendierten im Vergleich mit den Frauen weniger dazu, über ihre psychosomatischen Beschwerden zu berichten (Wardle, Steptoe 1991, Engelmann et al. 1993, Piko 2000). Die Gruppe der Frauen wies zudem höhere Werte an psychosozialen Stress auf. Der Einfluss dieses Stresses auf die Gesundheit von Studierenden wurde auch in vielen anderen Studien untersucht (Currie et al. 2000, Vaez et al, 2003, von Borthmer & Fridlund, 2003).

In einer anderen kulturvergleichenden Studie korrelierte das Gesundheitsverhalten mit dem Wohlbefinden von Studierenden (Steptoe & al., 1997). In dieser Studie, die von Steptoe und seinen Mitarbeitern in 21 europäischen Ländern durchgeführt wurde, wird der positive Einfluss sportlicher Aktivitäten auf das psychologische Wohlbefinden der Studierenden und eine negative Korrelation der sportlichen Aktivitäten mit den Depressionen diskutiert.

Die Messungen ergaben besonders in den südeuropäischen Ländern niedrige Werte im Bereich der physischen Aktivitäten und ein höheres Niveau in den skandinavischen und osteuropäischen Ländern wie z.B. Ungarn (Steptoe et al., 1997). Eine mögliche Erklärung für die positive Situation in Ungarn ist in der Politik im Bereich der Gesundheitsförderung an Schulen und Universitäten zu suchen.

Wardle und Mitarbeiter kommen in einer anderen Studie, die in zehn ost- und westeuropäischen Ländern durchgeführt wurde, auch zu dem Ergebnis, dass sich das Wohlbefinden in den osteuropäischen Ländern verschlechtert hat und dass die Menschen nur in geringem Maße mit ihrem Leben zufrieden sind (Wardle et al., 2004). Die geringe Lebenszufriedenheit korrelierte stark mit einem niedrigen Selbstwertgefühl und einer niedrigen Kontrollüberzeugung. Die Hypothese der Autoren, dass bei Depressionen ein Unterschied zwischen den West- und den Mittelosteuropäern besteht, wurde auch von Untersuchungen aus dem Jahr 1989 und 1991 bestätigt. Die Stichproben in beiden Untersuchungen wurden nach demselben Prinzip gebildet und bezüglich der Faktoren Alter und Geschlecht angepasst (Steptoe & Wardle, 2001). Diese Ergebnisse sind auch ein Beweis, dass sich die psychische Gesundheit der Bevölkerungen in den ehemaligen kommunistischen Ländern im Laufe der Jahre nicht verbessert hat. Differenzen zwischen dem Westen und dem Osten lassen sich auch hinsichtlich des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit bei jungen Leuten feststellen. Das Niveau der Zufriedenheit in Ost- ist viel niedriger als in Westeuropa (Wandle et al., 2004).

Die Ungleichheit in der Gesundheitslage und der Mortalität in den westeuropäischen und osteuropäischen Regionen kann mit verschiedenen sozioökonomischen und kulturellen Faktoren erklärt werden, die in vielen anderen

Studien erforscht wurden (WHO, 99, Rayner, Peterson, 2000). Es konnte nachgewiesen werden, dass die schlechteren sozialen Bedingungen in Osteuropa die Mortalität und Morbidität in der Bevölkerung beeinflussen. Obwohl die Mortalitätsunterschiede in den Ländern sehr gut erforscht und dokumentiert sind, besteht ein Mangel an Untersuchungen, die sich mit psychosozialen Aspekten der Gesundheit von jungen Menschen beschäftigen (Stock et al., 2003).

### **3.3. Die gesundheitliche Lage von ausländischen Studierenden Im Vergleich mit den deutschen Studenten**

Bei den ausländischen Studierenden sind zusätzliche Stressoren der Umwelt zu vermuten, die durch die fremde Umgebung hervorgerufen werden. Bei den Ausländern können auch geringere soziale und finanzielle Ressourcen vermutet werden. Die wichtigsten Akteure sozialer Unterstützung wie Eltern, Verwandte sowie der Freundeskreis sind vor Ort nicht vorhanden. Ausländische Studenten befinden sich ganz allein in einem fremden Land und einer fremden Umgebung, in der sie sprachliche Schwierigkeiten haben, in einer Situation, in der sie soziale Unterstützung nur über das Internet oder per Telefon von ihrem engsten sozialen Kreis erhalten können. Es ist eine schlechte Qualität und Quantität sozialer Unterstützung zu vermuten, die auch zu erhöhten Werten von Stress führen kann.

Andere belastende Faktoren, wie z.B. finanzielle Probleme, können ebenfalls eine Rolle spielen. Die ausländischen Studenten bekommen entweder keine oder nur eine ungenügende finanzielle Unterstützung. Das Einkommen der Eltern im Ausland ist zu gering, um dem im Ausland studierenden Kind auch nur eine minimale Hilfe gewähren zu können.

Kulturelle Unterschiede, sprachliche Probleme und eine schwierige Anpassung an die Situation in Deutschland können ebenfalls belastend sein. Unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache können zudem Schwierigkeiten beim Studium verursachen.

Nach der Untersuchung von Krämer und Mitarbeiter (2004) bei den ausländischen Studierenden sind Belastungen im Bereich der mentalen Gesundheit und die niedrigere Gesundheitsaufmerksamkeit im Vergleich mit den Einheimischen Studierenden festzustellen (Krämer et al, 2004).

Stock und Mitarbeiter konnten in einer Untersuchung, die im Jahr 1997 mit deutschen und ausländischen Studierenden (die meisten von ihnen stammten aus Asien und Afrika, nur 5% aus Osteuropa) durchgeführt wurde, ein häufiges Auftreten psychosomatischer Beschwerden nachweisen (Stock et al., 2000).

Das vermehrte Auftreten psychosomatischer Beschwerden weist darauf hin, dass Studierende nicht nur verschiedenen Belastungen ausgesetzt sind, sondern auch im somatischen Bereich in erheblichem Maße unter Befindlichkeitsstörungen leiden. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Magenbeschwerden, aber auch psychovegetative Beschwerden wie Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten, wurden von 30 bis 50% der Befragten häufig erlebt, wobei die Konzentrationsschwierigkeiten im Verlauf des Studiums deutlich zunahmten (Stock et al., 2000).

Die Ergebnisse der Untersuchung von Stock und Krämer (1998) von deutschen und ausländischen Studierenden zeigen bei ausländischen Studierenden bei psychosomatischen Beschwerden, wie depressive Verstimmungen, Kopfschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten, höhere Werte.

Die soziale Unterstützung, die mit der Frage nach der Anzahl der Personen, die die befragte Person unterstützen würden, wenn es ihr emotional schlecht geht, ermittelt wurde, lag bei den jungen ausländischen Frauen signifikant niedriger als bei den deutschen Frauen (Krämer et al., 2000). Es ist interessant, dass Afrikanerinnen und Afrikaner aus Ländern der Subsahara und Ostasiatinnen und Ostasiaten nach eigenen Angaben die geringste soziale Unterstützung erhalten. Die Ausländer berichten in dieser Studie im Vergleich zu den Deutschen auch höhere Werte des selbstwahrgenommenen Stresses und eine Raucherprävalenz. Die Studenten aus Osteuropa repräsentieren nur 5% der ausländischen Studierenden in dieser Untersuchung. 29% der Probanden stammten aus dem

Nahen Osten und der Türkei, 23,5% aus dem Fernen Osten, aus afrikanischen Ländern der Subsahara und sonstigen Regionen (Krämer et al., 2000).

In der Literatur sind kaum Studien zu finden, die sich ausschließlich mit der mentalen Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten osteuropäischer Bildungsausländer beschäftigen, die knapp 30% an der gesamten Anzahl an Bildungsausländern in Deutschland ausmachen. Es besteht also eine Forschungslücke, die mit der vorliegenden Untersuchung geschlossen werden soll.

# Kapitel 4

## 4. Forschungsziele und Forschungshypothesen

### 4.1. Forschungsziele und Forschungsmodell

Das Ziel der vorgestellten empirischen Arbeit ist, quantitative Daten über die psychische Gesundheit der untersuchten Gruppe von osteuropäischen Bildungsmigranten zu liefern. Es werden Erkenntnisse über ihre Ressourcen und Stressfaktoren geliefert und deren Einfluss auf die depressive Symptomatik und auf den wahrgenommenen Stress wird überprüft.

Es wird getestet, ob signifikante Unterschiede bei der psychischen Gesundheit, den Ressourcen und den Belastungen zwischen den Bildungsmigranten und der Kontrollgruppe bestehen.

Unterschiedliche Aspekte der subjektiven und psychischen Gesundheit bei den Bildungsmigranten werden anhand validierter Messinstrumente gemessen – depressive Symptome, subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand und wahrgenommener Stress. Es wird der Einfluss der sozialen Unterstützung und des Einkommens auf die psychische Gesundheit geprüft. Die Rolle der Quantität der sozialen Unterstützung und des Einkommens auf die depressiven Symptome und den wahrgenommenen Stress wird gemessen.

Die zwei Hauptziele der statistischen Untersuchung können wie folgt zusammengefasst werden:

#### **Ziel 1:**

Überprüfung der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen und den Geschlechtsunterschieden (s. Abbildung 19).

## **Ziel 2:**

Überprüfung eines Forschungsmodells (s. Abbildung 20). Es wird überprüft, ob und wie die Ressourcen und die Stressoren der Bildungsmigranten mit dem wahrgenommenen Stress und mit der depressiven Symptomatik im Zusammenhang stehen. Es wird auch durch binäre Regression getestet, welche Faktoren (Ressourcen und Stressoren) die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress beeinflussen.

Folgende statistische Schritte werden durchgeführt, um die beiden Ziele der Untersuchung zu erreichen:

## **Ziel 1. Überprüfung der Unterschiede zwischen der Gruppe der Bildungsmigranten und der Kontrollgruppe**

Die Unterschiede im Bereich der selbstberichteten Gesundheit, in der Psychosomatik, in den Ressourcen, in den Belastungen und der psychischen Gesundheit bei den beiden untersuchten Gruppen werden statistisch überprüft. Die statistischen Analysen werden mit Hilfe des T-Test und Kreuztabellen durchgeführt (s. Abbildung 18)



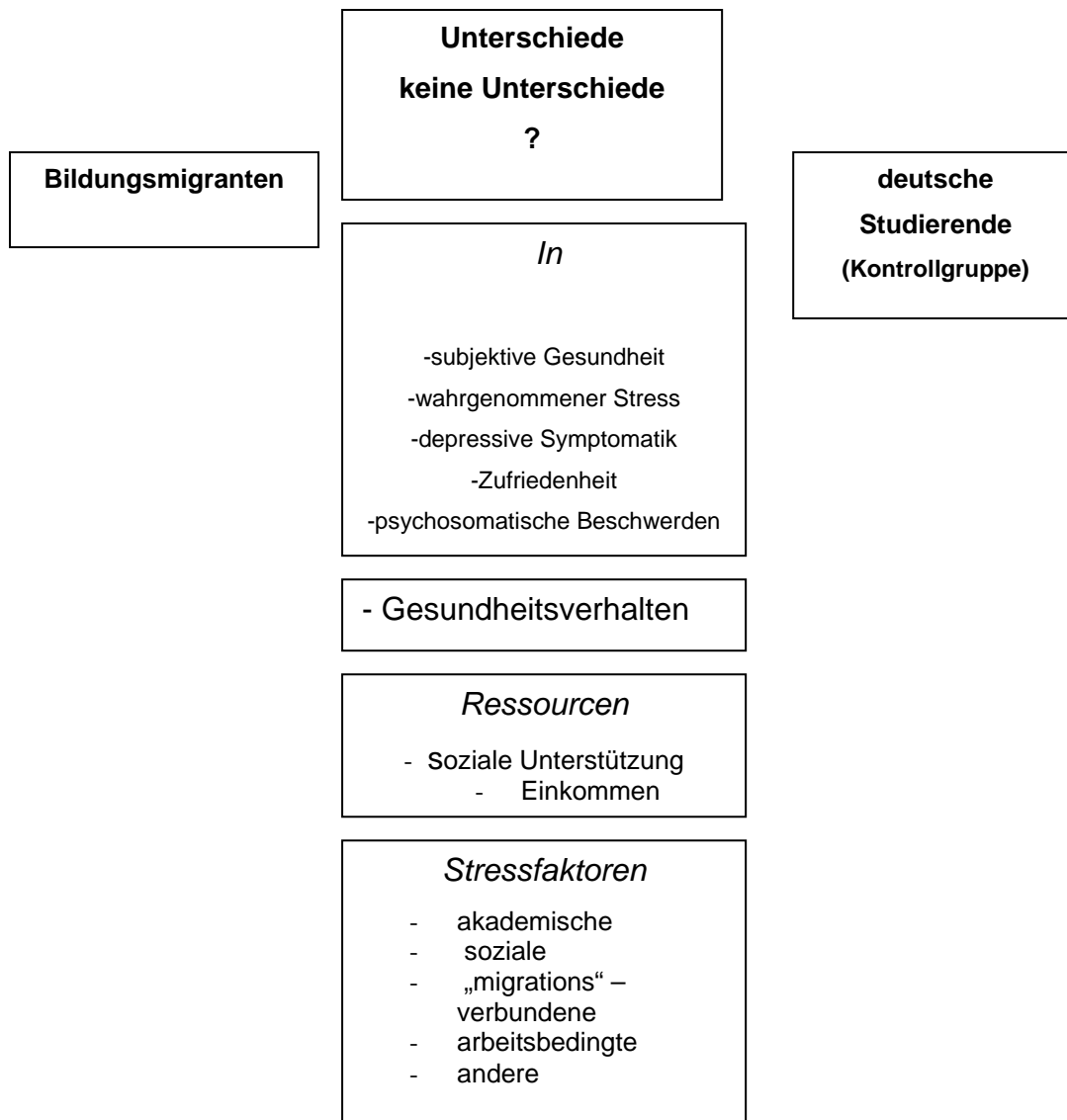


Abbildung 18. Überprüfung der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen

Es wird versucht, ein klares Bild über die unterschiedlichen Aspekte der psychischen und selbstberichteten Gesundheit der osteuropäischen Bildungsmigranten zu liefern. Durch die empirische Untersuchung wird versucht, einen Beitrag zur Beschreibung und Charakterisierung der gesundheitlichen Lage von osteuropäischen Bildungsausländern zu leisten.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden unterschiedliche Aspekte der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bildungsmigranten untersucht und analysiert. In dem ersten empirischen Teil wird versucht, Antworten auf die folgenden Fragestellungen zu finden:

- Was berichten die befragten osteuropäischen Bildungsmigranten über ihren Gesundheitszustand, ihre psychische Gesundheit (depressive Symptomatik), psychosomatische Beschwerden, den wahrgenommenen Stress, Zufriedenheit und ihr Gesundheitsverhalten?
- Bestehen Unterschiede beim selbstberichteten Gesundheitszustand, bei der Veränderung des selbstberichteten Gesundheitszustands oder bei den psychosomatischen Beschwerden zwischen den osteuropäischen Ausländern und der deutschen Kontrollgruppe?
- Gibt es Unterschiede hinsichtlich des wahrgenommenen Stresses bei den Bildungsmigranten und bei der Kontrollgruppe? Gibt es Unterschiede in der depressiven Symptomatik zwischen den beiden Gruppen?
- Gibt es Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens zwischen den osteuropäischen Ausländern und der deutschen Kontrollgruppe? Welche Faktoren beeinflussen das Gesundheitsverhalten der osteuropäischen Bildungsmigranten? Spielt das Geschlecht eine Rolle?
- Wie zufrieden sind die osteuropäischen Bildungsmigranten mit unterschiedlichen Aspekten ihres Lebens und ihrer sozialen und kulturellen Umwelt? Inwiefern stellen diese Aspekte eine Belastung dar?
- Wie beantworten die Migranten die Fragen zu speziell entwickelten Items bezüglich kultureller und sprachlicher Schwierigkeiten sowie zu Schwierigkeiten bei der Kommunikation? In welchem Ausmaß fühlen sie sich in die Universität integriert?

## **Ziel 2. Überprüfung eines Forschungsmodells**

Eines der Hauptziele der empirischen Untersuchung ist die Testung eines Forschungsmodells.

Es wird überprüft, ob und wie die Ressourcen und die Stressoren der Bildungsmigranten mit dem wahrgenommenen Stress und mit der depressiven Symptomatik im Zusammenhang stehen. Danach wird mit Hilfe der Regressionsanalyse getestet, welche von diesen Faktoren (Ressourcen und Stressoren) die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress am meisten beeinflussen (s. Abbildung 19).

Um die Ziele des Forschungsmodells zu erreichen, müssen auch die folgenden zusätzlichen Schritte durchgeführt werden:

### ***Faktoranalyse der Stressfaktoren***

Die Faktoranalyse der Stressfaktoren (akademische, soziale, arbeitsbedingte, Stressoren, die mit der Migration verbunden sind und andere) wird durch eine Hauptachsen-Faktorenanalyse (Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung) durchgeführt.

### **Korrelationsanalyse**

Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Ressourcen, Stressoren und psychischer Gesundheit (depressive Symptomatik und dem wahrgenommenen Stress) mit der Hilfe der Korrelationsanalyse.

Graphische Darstellung des untersuchten Modells:

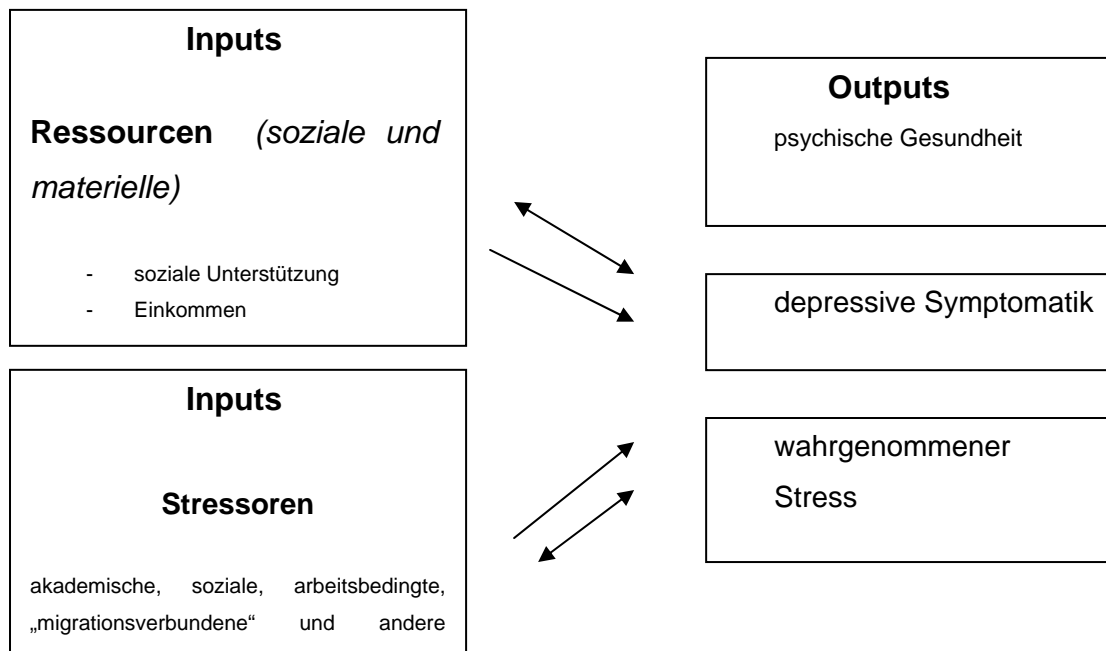


Abbildung 19. Forschungsmodell. Einfluss der Ressourcen und Stressoren auf die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress

### ***Binäre Regression. Multivariate Modelle***

Erstellung von multivariaten Modellen zur Darstellung der Effekte der Ressourcen und der Stressfaktoren auf die depressive Symptomatik und auf den wahrgenommenen Stress der Bildungsmigranten.

Die multivariaten Modelle werden mit Hilfe einer binären logistischen Regression überprüft. Es wird überprüft, ob und wie die sozialen Ressourcen und die Stressfaktoren die psychische Gesundheit der Bildungsmigranten beeinflussen: die Effekte auf die depressive Symptomatik und auf den wahrgenommenen Stress werden gemessen. Anhand von ORs werden die Wahrscheinlichkeiten und Risiken für die psychische Gesundheit (Depression) und den wahrgenommenen Stress gemessen.

Folgende *Skalen* und *Items* werden für die Testung des beschriebenen Forschungsmodells benutzt<sup>3</sup>.

Die **depressive Symptomatik** wurde anhand der deutschen Version des Beck-Depressions-Inventars (Modified Beck Depression Inventory, M-BDI) gemessen. Die Skala beinhaltet 20 Items und zeichnet sich durch eine hohe Reliabilität aus (Schmidtt et al, 2003). Die Reliabilität der Skala in dieser Untersuchung ist hoch (Cronbachs Alpha = .900).

**Der wahrgenommene Stress** wurde anhand der Perceived Stress Scale PSS-14 (Cohen et al., 1983) gemessen (s. Kapitel „Methoden“). Die Reliabilität der Skala in dieser Untersuchung ist hoch (Cronbachs Alpha = .810).

Die **Stressoren** wurden mit einer 24 Items 6-stufigen Likert-Skala gemessen<sup>4</sup>. Die Frage lautet „In welchem Ausmaß fühlen Sie sich durch folgende Bereiche belastet?“, nach der Frage folgt eine Aufzählung unterschiedlicher Bereiche, die als belastend wahrgenommen werden können. Die Reliabilität der Skala in dieser Untersuchung ist hoch (s. Kapitel „Methoden“) (Cronbachs Alpha = .744).

Die **Quantität der sozialen Unterstützung** wurde anhand des Items „Wie viele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, die Sie unterstützen, wenn es Ihnen emotional schlecht geht?“ gemessen (Social Support Questionnaire (SSQ; Saranson et al., 1983), deutsche Version - übernommen von Gesundheitssurvey(GS – Bielefeld.). Es bestehen vier Antwortmöglichkeiten: von „keine Person“ bis „mehr als 3 Personen“.

---

<sup>3</sup> Genauere Bezeichnung der Skalen befindet sich in dem Kapitel „Methoden“.

<sup>4</sup> Quelle: Survey der Bielefelder Studierenden (in: Stock C, Krämer A. (2001): Die Gesundheit von Studierenden im Studienverlauf. Gesundheitswesen 63(Sonderheft 1):S56-S59., s. Kapitel „Methoden“) plus zusätzliche Items

Das **Einkommen**<sup>5</sup> wurde anhand der Frage „Als wie ausreichend schätzen Sie das Ihnen zur Verfügung stehende Geld ein?“ untersucht. Es bestehen vier Antwortmöglichkeiten: „völlig ausreichend“ „ausreichend“ „weniger ausreichend“ „gar nicht ausreichend“.

Darstellung der Schritte zur Überprüfung des Forschungsmodells:

<b>Schritt 1</b>	Mit der Hilfe von <i>Kreuztabellen</i> wird überprüft, ob Unterschiede in den Ressourcen der beiden Gruppen bestehen – in der sozialen Unterstützung und beim Einkommen.
<b>Schritt 2</b>	Mit der Hilfe von <i>Kreuztabellen</i> , Pearson Chi <sup>2</sup> Tests wird überprüft, ob es signifikante Unterschiede in der psychischen Gesundheit (depressive Symptomatik) und dem wahrgenommenen Stress zwischen den beiden Gruppen gibt.
<b>Schritt 3</b>	Durch die <i>Faktoranalyse</i> werden die Stressfaktoren bei den Bildungsmigranten identifiziert und die Reliabilität der Subskalen der Stressfaktoren berechnet.
<b>Schritt 4</b>	<i>Korrelationsanalyse</i> Zusammenhänge zwischen Stressoren und der depressiven Symptomatik/dem wahrgenommenen Stress Zusammenhänge zwischen Ressourcen (soziale Unterstützung/Einkommen) und der depressiven Symptomatik/dem wahrgenommenen Stress.
<b>Schritt 5</b>	<i>Regressionsanalyse</i> Die Faktoren, die signifikant mit der depressiven Symptomatik und mit dem wahrgenommenen Stress zusammenhängen, werden in multivariate Modellen einbezogen.

Abbildung 20. Schritte zur Überprüfung des Forschungsmodells

---

<sup>5</sup> Mit der Variable „Einkommen“ wird bei den nächsten Analysen die subjektive Einschätzung des Einkommens (die Antworten auf der Frage „Als wie ausreichend schätzen Sie das Ihnen zur Verfügung stehende Geld ein?“ von „völlig ausreichend“, „Ausreichend“, „Weniger ausreichend“ bis „Gar nicht ausreichend“) bezeichnet.

## 4.2. Forschungshypothesen

Der Forschungsstand hat gezeigt, dass die Migranten weniger Ressourcen haben, aber intensiveren Stressoren ausgesetzt sind.

Diese beiden Faktoren – intensivere Stressoren und weniger Ressourcen - können die psychische Gesundheit negativ beeinflussen und das Risiko für Depressionen und wahrgenommenen Stress erhöhen. Durch die Korrelationsanalysen wird überprüft, wie die Stressoren und die sozialen und finanziellen Ressourcen mit der psychischen Gesundheit der osteuropäischen Bildungsmigranten im Zusammenhang stehen. Anhand der Regressionsmodelle wird überprüft, ob und wie die Ressourcen und die Stressoren die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress beeinflussen.

Als *Inputs* werden an erster Stelle die Ressourcen der Bildungsmigranten genommen – die soziale Unterstützung und die finanziellen Ressourcen. An zweiter Stelle werden als Inputs die Stressoren im Alltag der Bildungsmigranten gemessen und ihr Risiko für die psychische Gesundheit (depressive Symptomatik, wahrgenommener Stress) wird überprüft.

Als *Outputs* werden die depressive Symptomatik und der wahrgenommene Stress *genommen*.

Als Hauptressourcen werden die sozialen Ressourcen (wie Quantität der erhaltenen sozialen Unterstützung) und die finanziellen Ressourcen (subjektive Einschätzung über das Einkommen) genommen.

Vier Hypothesen der empirischen Untersuchung werden statistisch überprüft:

**Hypothese 1:**

Die Ressourcen der Bildungsmigranten sind geringer als die der Kontrollgruppe. Die Bildungsmigranten verfügen über weniger soziale Unterstützung und berichten über ein niedrigeres Einkommen.

**Hypothese 2:**

Die sozialen und migrationsverbundenen Stressoren der Bildungsmigranten sind intensiver als die der Kontrollgruppe.

**Hypothese 3:**

Die Ressourcen und die sozialen und migrationsverbundenen Stressoren hängen mit der depressiven Symptomatik und mit dem wahrgenommenen Stress zusammen.

Ist die soziale Unterstützung hoch, zeigt sich eine geringe depressive Symptomatik/wahrgenommener Stress. Ist das Einkommen niedrig, sind die depressive Symptomatik und der wahrgenommene Stress hoch. Sind die Stressoren stark, zeigt sich eine hohe depressive Symptomatik und ein hoher wahrgenommener Stress.

**Hypothese 4:**

Die Migranten, die über weniger Ressourcen verfügen und durch intensivere Stressoren betroffen sind, zeigen ein erhöhtes Risiko für depressive Symptomatik und wahrgenommenen Stress.



# Kapitel 5

## 5. Methodik

In diesem Kapitel werden zuerst das Forschungsdesign und die methodische Vorgehensweise präsentiert. Danach wird kurz die quantitative Probeuntersuchung vorgestellt, die zur Optimierung des verwendeten Fragebogens diente. Die Stichprobe und der Untersuchungsablauf werden ebenfalls vorgestellt.

Im nächsten Teil dieses Kapitels wird der quantitative Fragebogen zur Untersuchung der mentalen Gesundheit, des wahrgenommenen Stresses, der Ressourcen und der Stressoren der ausländischen Studierenden und der Kontrollgruppe erläutert. Die Reliabilität der verwendeten Skalen wird ebenfalls dargestellt.

### 5.1. Methodisches Vorgehen

Die empirische Studie zur psychologischen Gesundheit, zum wahrgenommenen Stress, zu den Ressourcen und Belastungen von osteuropäischen Bildungsmigranten wurde quantitativ durchgeführt. Mit der Hilfe von SPSS wurden die statistischen Analysen durchgeführt. Die Zielgruppe der Untersuchung sind Studenten aus Osteuropa, die an der Universität Bielefeld studieren. Die Kontrollgruppe bilden deutsche Studierende derselben Universität, die die gleichen Fächer studieren und sich im gleichen Semester wie die Migrantenstichprobe befinden (peers control group).

Die Auswahl der Kontrollgruppe wurde nach dem Schneeball-Auswahl Prinzip durchgeführt.

## *Feldzugang*

Es wurden Daten vom Akademischen Auslandsamt benutzt, um die osteuropäischen Studierenden zu erreichen. Es wurden außerdem die Wohnheime, in denen sich ausländische Studierende treffen, besucht, um den Fragebogen zu verteilen.

## **5.2. Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe**

Als Untersuchungsgruppe kommen Studenten aus den folgenden Ländern in Frage: Russland, Tschechien, Ukraine, Bulgarien, Polen, Rumänien, Slowakei, Mazedonien, Kroatien, Albanien, Ungarn, Slowenien und aus anderen osteuropäischen Ländern. Eines der Ziele der quantitativen Untersuchung ist, die Ressourcen (soziale und finanzielle) und die Stressfaktoren (akademische, soziale u. a.) bei der untersuchten Gruppe zu erforschen und einen Vergleich mit der Kontrollgruppe durchzuführen.

## **5.3. Beschreibung des Fragebogens**

Auf der Basis existierender Fragebögen zur Messung der Gesundheit (Bielefelder Gesundheitssurvey<sup>6</sup>) wurde ein neuer Fragebogen zur Erhebung der psychischen Gesundheit der Bildungsmigranten entwickelt. Der Fragebogen beinhaltet mehrere standardisierte Messinstrumente und darüber hinaus eine Reihe von selbstentwickelten Items.

Das Instrument wurde zuerst an einer Stichprobe von 30 Personen getestet. Diese Pilotgruppe hat außerdem Fragen auf einem Feedback-Fragebogen beantwortet, um die endgültige Version des Fragebogens zu optimieren.

---

<sup>6</sup> Stock C, Krämer A. (2001): Die Gesundheit von Studierenden im Studienverlauf. Gesundheitswesen 63 (Sonderheft 1):S56-S59.

## 5.4. Beschreibung der Fragen und der Skalen

### 5.4.1. Subjektive Gesundheit

Zuerst werden Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand der Studierenden (s. Tabelle 6) gestellt wie zum Beispiel: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“. Die Skala ist fünfstufig und die Antworten variieren von „ausgezeichnet“ bis „schlecht“. Um herauszufinden, ob und inwieweit sich die Gesundheit der Ausländer nach der Migration verbessert oder verschlechtert hat, wurde auch nach Veränderungen des Gesundheitszustandes innerhalb des letzten Jahres gefragt: „Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?“.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?				
<b>Ausgezeichnet</b>	<b>Sehr gut</b>	<b>Gut</b>	<b>Weniger Gut</b>	<b>Schlecht</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?				
<b>Derzeit viel besser als vor einem Jahr</b>	<b>Derzeit etwas besser als vor einem Jahr</b>	<b>Etwa so wie vor einem Jahr</b>	<b>Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr</b>	<b>Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit?				
<b>Gar nicht</b>	<b>Eher wenig</b>	<b>Eher mehr</b>	<b>Sehr</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tabelle 6. Fragebogen. Fragen nach dem Gesundheitszustand

Die Skala ist fünfstufig und reicht von „derzeit viel besser als vor einem Jahr“ bis „derzeit viel schlechter als vor einem Jahr.“

Die Frage „Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit?“ beinhaltet vier Antwortmöglichkeiten: von „gar nicht“ bis „sehr“. Nach bestimmten körperlichen Erkrankungen wurde ebenfalls gefragt: „Haben Sie in den letzten 6 Monaten einen Arzt aufgesucht?“, „Waren Sie in den letzten 12 Monaten so erkrankt, dass Sie im Bett bleiben mussten?“ und die offene Frage „Um welche Erkrankungen handelte es sich?“ (s. Tabelle 6).

#### **5.4.2. Zufriedenheit**

Den Studierenden wurden Fragen zu ihrer Zufriedenheit in unterschiedlichen Lebensbereichen gestellt.

Mit diesen Fragen soll untersucht werden, wie die Studierenden mit ihrem Studium, ihren Leistungen an der Universität, ihren Kontakten mit den Eltern und Freunden, mit dem Wohngebiet und anderen Bereichen des Lebens zufrieden sind. Es wurden auch Items entwickelt, um die Zufriedenheit mit der Integration an der Universität und mit der sozialen Integration allgemein zu ermitteln. Andere Items messen die Zufriedenheit mit der Wahl des Studienfachs und auch mit den Berufsperspektiven. Zusätzliche Items messen die Zufriedenheit mit der Partnerschaft und im Bereich der Sexualität. Die Skala ist sechsstufig und beinhaltet Antwortmöglichkeiten von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“<sup>7</sup> (s. Tabelle 7). Die Reliabilität der Skala bei dieser Untersuchung ist hoch (Chronbachs Alpha =.858).

---

<sup>7</sup> Quelle: Bielefelder Gesundheitssurvey


Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?						
	Sehr un-					Sehr
	zufrieden					zufrieden
Studium allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahl des Studienfaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Leistungen an der Universität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Integration an der Universität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Berufsperspektiven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre finanzielle Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Kontakte mit den Eltern / Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Bereich der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Bereich der Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 7. Fragen nach der Zufriedenheit

#### 5.4.2.1. Zufriedenheit bei Ausländern

Es wurden Fragen speziell für die ausländischen Studierenden entwickelt, die einerseits die Zufriedenheit mit dem Gastland betreffen und sich andererseits auf die politische und wirtschaftliche Situation in ihrer Heimat beziehen. Am Ende wurde eine Frage nach der Zufriedenheit mit dem Leben gestellt (s. Tabelle 8).


Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?						
	Sehr un- zufrieden					Sehr zufrieden
Deutschland als Land, wo Sie studieren – allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
politische Situation in Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wirtschaftliche Situation in Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
politische Situation Ihrer Heimat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wirtschaftliche Situation Ihrer Heimat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen:						
Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 8. Fragebogen. Fragen nach der Zufriedenheit (2)

### 5.4.3. Psychosomatik

Psychosomatische Beschwerden wie Kreuz- oder Rückenschmerzen, Müdigkeit, Kopfschmerzen wurden mithilfe ausgewählter Items aus einer verkürzten und modifizierten Version des Beschwerdeboogens nach Hurrelmann & Kolip (1994) gemessen. Am Ende der Items nach den unterschiedlichen psychosomatischen Symptomen wurde auch eine offene Frage nach sonstigen psychosomatischen Beschwerden gestellt<sup>8</sup> (Chronbachs Alpha der Skala bei dieser Untersuchung =.849).

<sup>8</sup> Hurrelmann K, Kolip P. (1994): Der Jugendgesundheitsurvey. Presse-informationsdienst des SFB 227, No. 11. Bielefeld, University of Bielefeld

Es wurde nach Beschwerden gefragt, die bei den Studierenden im Laufe des letzten Jahres auftraten. Die Frage lautet: „Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie im Verlauf des letzten Jahres?“.

Die Skala ist vierstufig und die Antworten variieren von „nie“ und „eher selten“ bis „eher oft“ und „sehr oft“. Bei der statistischen Analyse werden die Mittelwerte untersucht.

Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie im Verlauf des letzten Jahres?				
	<b>Nie</b>	<b>Eher selten</b>	<b>Eher oft</b>	<b>Sehr oft</b>
Magenbeschwerden/Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 9. Fragebogen. Fragen nach den psychosomatischen Symptomen

Die Skala erfasst verschiedene Dimensionen körperlichen Befindens und erhebt Aussagen über deren psychosomatischen Bedingtheit.

Es wurden unterschiedliche Bereiche von Beschwerden unterschieden: Herzbeschwerden (Herz-Kreislauf-Symptomatik), Magenbeschwerden (Oberbauchsyndrom) und Gliederschmerzen (rheumatische Beschwerden), vegetative und physiologische Syndrome.

Die Symptomatik, nach der in dieser modifizierten Version gefragt wurde, beinhaltet die folgenden Symptome: Magenbeschwerden/Sodbrennen, Ängste/Phobien, Kreuz- oder Rückenschmerzen, Depressive Verstimmung, Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, Gewichtszunahme/Gewichtabnahme, Appetitlosigkeit, Nervosität/Unruhe und andere psychosomatische Symptome (s. Tabelle 9).

#### **5.4.4. Stressoren und Belastungen<sup>9</sup>**

Der nächste Bereich, der mithilfe des Fragebogens untersucht wurde, sind die Stressoren – akademische, soziale, finanzielle und andere – die das Leben der Studierenden belasten können. Die untenstehende Tabelle enthält Fragen nach Stressoren in unterschiedlichen Lebensbereichen der Studierenden. Die Frage, die den Studierenden gestellt wurde, lautete: „In welchem Ausmaß fühlen Sie sich durch folgende Bereiche belastet?“. Die Stressoren, die ausgezählt wurden, repräsentieren Stressoren unterschiedlicher Art (s. Tabelle 10). Die Skala hat 6 Antwortmöglichkeiten – von eins bis sechs, von „gar nicht“ bis „sehr stark“.

---

<sup>9</sup> Quelle: Bielefelder Gesundheitssurvey




In welchem Ausmaß fühlen Sie sich durch folgende Bereiche belastet?						
	Gar nicht					Sehr stark
Studium allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klausuren, Hausarbeiten, Referate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlender Praxisbezug des Studiums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit der Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsbelastung neben dem Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolation in der Universität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolation allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unzureichende Zeit für das Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 10. Fragebogen. Fragen nach den Belastungen

Es wurden zusätzliche Items entwickelt, um besonderen Stressoren bei ausländischen Studierenden Rechnung zu tragen. Ein Beispiel dafür sind Kommunikationsprobleme, kulturelle Unterschiede, Probleme mit der Sprache, Heimweh und andere Bereiche, die als belastend eingestuft werden können (s. Tabelle 11).

Arbeit bei schlechten Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit der Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Unterschiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit der Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heimwehgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen:						
Wie stark belastet fühlen Sie sich im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 11. Fragebogen. Fragen nach den Belastungen

#### 5.4.5. Messung von wahrgenommenem Stress

Die Stressskala von Cohen und Mitarbeitern, die Perceived Stress Scale (PSS-14) ist eine standardisierte Skala, die den in den letzten vier Wochen wahrgenommenen Lebensstress misst (Cohen et al., 1983). Die interne Konsistenz bei der deutschen Übersetzung betrug 0.81 (Stock, Krämer, 2000). Die Skala beinhaltet vierzehn Items. Die möglichen Antworten variieren von „nie“ bis „sehr oft“ (s. Tabelle 12). Die Reliabilität der Skala bei dieser Untersuchung ist auch hoch (Chronbachs Alpha =.810).


In den letzten vier Wochen.....	Nie					Sehr oft
Wie oft fühlen Sie sich aus der Fassung gebracht, weil etwas Unerwartetes in ihrem Leben passiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Sie wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht unter Kontrolle haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich nervös und angespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft konnten Sie mit unangenehmen Ereignissen erfolgreich umgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft fühlten Sie sich sicher, dass Sie mit persönlichen Problemen gut umgehen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 12. Fragebogen. PSS - 14 Stress Skala

#### **5.4.6. Messung der sozialen Unterstützung**

##### **Quantität der sozialen Beziehungen und der sozialen Unterstützung**

Die Quantität der sozialen Unterstützung wurde mit der folgenden Frage erfasst: „Wie viele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, die Sie unterstützen, wenn es Ihnen emotional schlecht geht?“. Es bestehen vier Antwortmöglichkeiten von „keine Person“ bis „mehr als 3 Personen“. Nach dieser Frage ist auch eine zusätzliche Frage nach der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung gestellt worden: „Sind Sie im Allgemeinen mit der Unterstützung, die Sie in solchen Fällen bekommen, zufrieden?“ (s. Tabelle 13).

Wie viele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, die Sie unterstützen, wenn es Ihnen emotional schlecht geht?				
Keine Person	1 Person	2-3 Personen	Mehr als 3 Personen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie im Allgemeinen mit der Unterstützung, die Sie in solchen Fällen bekommen, zufrieden?				
Sehr zufrieden				Gar nicht zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 13. Fragebogen. Fragen nach der sozialen Unterstützung

#### **5.4.7. Messung von *Depressiver Symptomatik***

Die modifizierte Version des Beck's Depressionsinventars (M-BDI)<sup>10</sup> wird verwendet. In dieser Version ist die Zahl der Items von 84 auf 20 reduziert worden ist (Schmitt et al, 2003, Schmitt & Maes, 2000).

Das Depressionsinventar von Beck gehört zu den weltweit am häufigsten verwendeten Depressionsinstrumenten. In der aktuellen Originalversion (Beck & Steer, 1987) und der entsprechenden deutschen Version von Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (1994) werden 21 Symptome der klinischen Depression abgefragt. Die Intensitätsskalierung geschieht in Form von vier Aussagen zunehmender Intensität je Symptom. Die Messeigenschaften des BDI wurden gut untersucht (Beck, Steer & Garbin, 1988; Richter, 1991, Richter, Werner & Bastine, 1994). Die Symptome wurden bis auf den Gewichtsverlust, der die geringste Trennschärfe besitzt (Hautzinger et al., 1994; Kammer, 1983), beibehalten und durch eine Aussage operationalisiert. Dies bedeutet eine Kürzung von 84 auf 20 Items.

Die Symptomstärke wird über das Antwortformat skaliert. Verwendet wird eine sechsstufige Häufigkeitsskala mit numerischer Stufenverankerung und zusätzlicher

---

<sup>10</sup> Chronbachs Alpha von M-BDI bei dieser Untersuchung =.900

sprachlicher Verankerung der Extremwerte (Die Antworten variieren von 0/nie-1-2-3-4-5/fast immer.). Itemzahl und Antwortskala ergeben einen möglichen Wertebereich von 0 bis 100. Die Items werden mit „Wie ist Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl?“ überschrieben und durch folgende Instruktion eingeleitet: „In diesem Fragebogen geht es um Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl. Bitte geben Sie zu jeder Frage an, wie häufig Sie die genannte Stimmung oder Sichtweise erleben.“ Die möglichen Antworten sind zum Beispiel: „Ich bin traurig“, „Ich sehe mutlos in die Zukunft“ oder „Ich habe Schuldgefühle“ (s. Tabelle 14). Die Skala M-BDI hat für die deutsche Population eine sehr gute Validität und Reliabilität gezeigt. Bei einem M-BDI-Wert von 35 oder mehr liegt mit 90%er Sicherheit eine klinisch relevante Depression oder sehr schwere depressive Symptomatik vor (Schmitt et al., 2003, Schmitt&Maes, 2000).


In den nachfolgenden Fragen geht es um Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl. Bitte geben Sie zu jeder Frage an, wie häufig Sie die genannte Stimmung oder Sichtweise erleben.						
	Nie					Fast immer
Ich bin traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe mutlos in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich als Versager(in).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, etwas zu genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schuldgefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich bestraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 14. Fragebogen. Fragen nach Depression

#### 5.4.8. Migration und Migrationstendenzen

Es wurden spezifische Fragen entwickelt, die die Situation der Migration zu erfassen versuchen. Es wird nach den zukünftigen Plänen der Studierenden gefragt und mit welchem Staat sie sich verbunden fühlen. Ein Beispiele dafür ist: „Wenn Sie könnten, würden Sie Ihren derzeitigen Aufenthaltsort verlassen und woanders hinziehen wollen?“ (5- Stufige Skala von „Gar nicht“ bis „Sehr stark“). Eine offene Frage nach der Motivation, den derzeitigen Wohnort zu verlassen, lautet: „Was wären die ausschlaggebenden Gründe für Sie, Ihren derzeitigen Wohnort zu verlassen“. Eine andere offene Frage ist: „In welchen Ländern könnten Sie sich vorstellen, dauerhaft zu leben?“ (s. Tabelle 15).

Wenn Sie könnten, würden Sie Ihren derzeitigen Aufenthaltsort verlassen und woanders hinziehen wollen?
<b>Gar nicht</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Sehr stark</b>
Was wären die ausschlaggebenden Gründe für Sie, Ihren derzeitigen Wohnort zu verlassen? .....
In welchen Ländern könnten Sie sich vorstellen dauerhaft zu leben? .....

Tabelle 15. Fragen nach Migratiostendenzen

#### 5.4.9. Fragen nach dem Gesundheitsverhalten der Studierenden

Es wird hierbei die Häufigkeit und die Intensität sportlicher Aktivitäten erfasst. Spezielle Ernährungsgewohnheiten, die Risikoverhaltensweisen Nikotin-, Alkoholkonsum und sonstiger Drogenkonsum werden außerdem unter quantitativen Gesichtspunkten erfragt. Fragen sind beispielsweise: „Wie häufig haben Sie in den letzten 3 Monate geraucht?“, „Wenn Sie praktisch täglich rauchen: Wie viele

Zigaretten rauchen Sie dann durchschnittlich?“, „Haben Sie während der letzten 12 Monate versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?“, „Haben Sie schon Drogen probiert?“, „Wenn ja, welche?“.

Das Alkoholverhalten wurde mit der Frage „Wie häufig haben Sie durchschnittlich in den letzten drei Monaten Alkohol z.B. ein Glas Bier getrunken? (von „mehrmals pro Tag“ bis „nie“ und auch mit der Skala CAGE untersucht (s. Tabelle 16).

Wie häufig haben Sie durchschnittlich in den letzten drei Monaten Alkohol z.B. ein Glas Bier, getrunken?						
Mehrmals pro Tag	Jeden Tag	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	Seltener als einmal pro Woche	Nie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treffen folgende Aussagen für Sie zu?					<b>Trifft zu</b>	<b>Trifft nicht zu</b>
Ich habe morgens schon einmal als erstes Alkohol getrunken, um mich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, dass ich meinen Alkoholkonsum verringern sollte.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand hat mich durch das Kritisieren meines Trinkens ärgerlich gemacht.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich schon einmal wegen meines Trinkens schlecht oder schuldig gefühlt.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 16. Fragebogen. Alkoholmissbrauch. CAGE

#### 5.4.10. Soziodemographische Daten und allgemeine Angaben

Die Items bezüglich der Soziodemographie und die zusätzlichen Fragen umfassen z.B. das Alter und Geschlecht, die Staatsangehörigkeit, das monatliche Einkommen, die Wohnungssituation und Ausbildung der Eltern, den Familienstand und Studiengang, die Nationalität, Religion und Finanzierung des Studiums (u.a. Stipendium, Eltern oder Arbeit).

#### **5.4.11 Auswertung**

Die statistische Auswertung der Daten erfolgt über das Programm SPSS 13. Zum Vergleich der Häufigkeiten bei osteuropäischen und deutschen Studierenden wurden Chi-Quadrat-Tests durchgeführt. Die Mittelwerte werden mit Standardabweichung angegeben und mittels T-Test zwischen den beiden Gruppen verglichen. Es werden außerdem Korrelationsanalysen und Regressionsanalysen durchgeführt. Die Daten wurden in SPSS durch das Programm Telekom eingeführt und automatisch eingegeben.

#### **5.4.12. Übersicht über den Arbeits- und Zeitplan der Untersuchung**

Die quantitative Untersuchung wurde in acht Schritten durchgeführt. Zuerst musste der Fragebogen vorbereitet werden. Dann wurde eine Probeuntersuchung mit 30 Studierenden an der Universität Bielefeld (Fakultät für Gesundheitswissenschaften) durchgeführt. Nach Erhalt des Feedbacks wurde der Fragebogen optimiert, dabei wurden einige der Skalen weggelassen. Der nächste Schritt beinhaltete die Ausarbeitung der Hypothesen. Die Dateneingabe erfolgte mit einem automatischen Programm zum Einscannen von Fragebögen, dem Programm Telecom. Die Daten wurden mit dem statistischen Programm SPSS ausgewertet und analysiert (s. Abbildung 17).



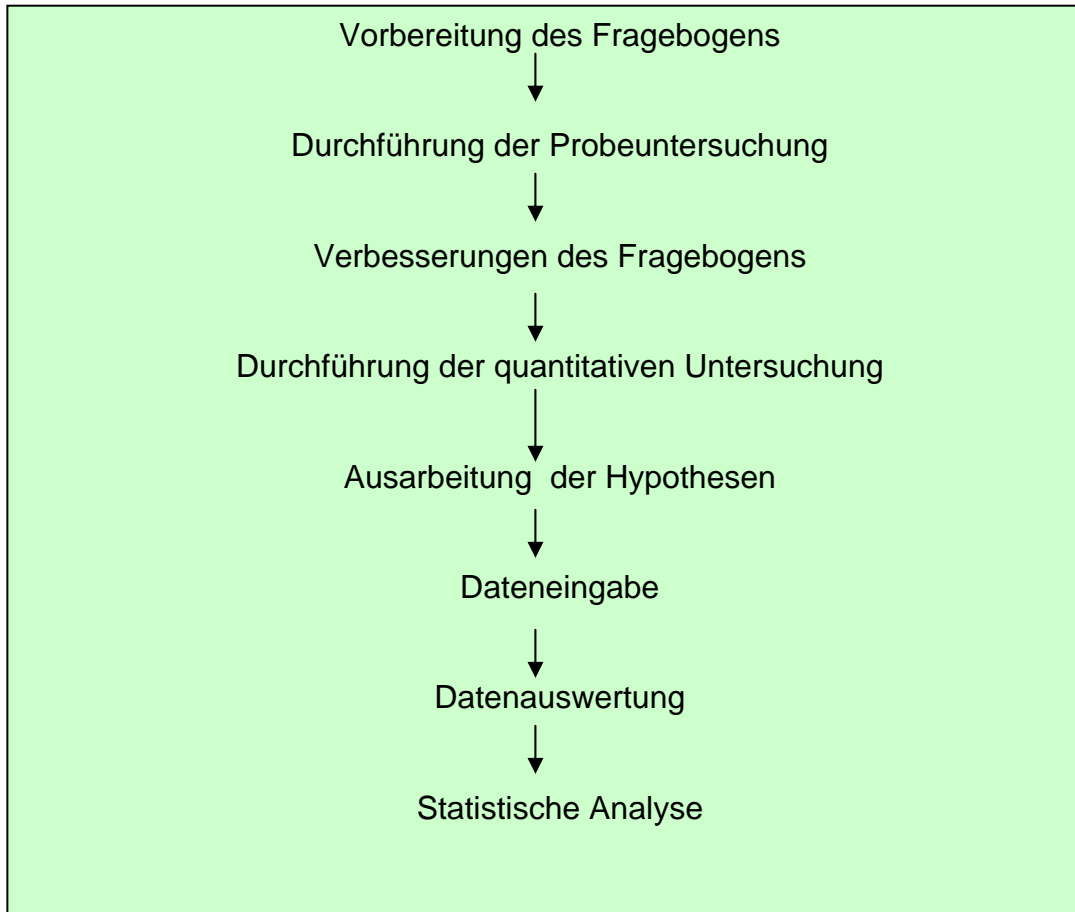


Tabelle 17. Arbeitsplan der Untersuchung

# Kapitel 6

## 6. Empirische Ergebnisse der Befragung

Die Untersuchung wurde in der Universität Bielefeld im Jahr 2005 mit einem sehr guten Rücklauf von ca. 95% (insgesamt 288 ausgefüllte Fragebögen) durchgeführt. Die Feldphase dauerte sechs Monate, 102 osteuropäische Bildungsmigranten (case group) an der Universität Bielefeld haben an der Untersuchung teilgenommen. Die Kontrollgruppe bestand aus 159 deutschen Studierenden (peers-control group).

### 6.1. Allgemeine Angaben und deskriptive Statistik

#### 6.1.1. Nationalität

In 261 der insgesamt 288 ausgefüllten Fragebögen, haben 261 der befragten Studierenden ihre Nationalität angegeben. 102 dieser Studierenden stammen aus osteuropäischen Staaten (35,4%), 159 der Befragten gaben die deutsche Nationalität an (55,2%). Sie bildeten die Kontrollgruppe (s. Abbildung 21 und Abbildung 22).

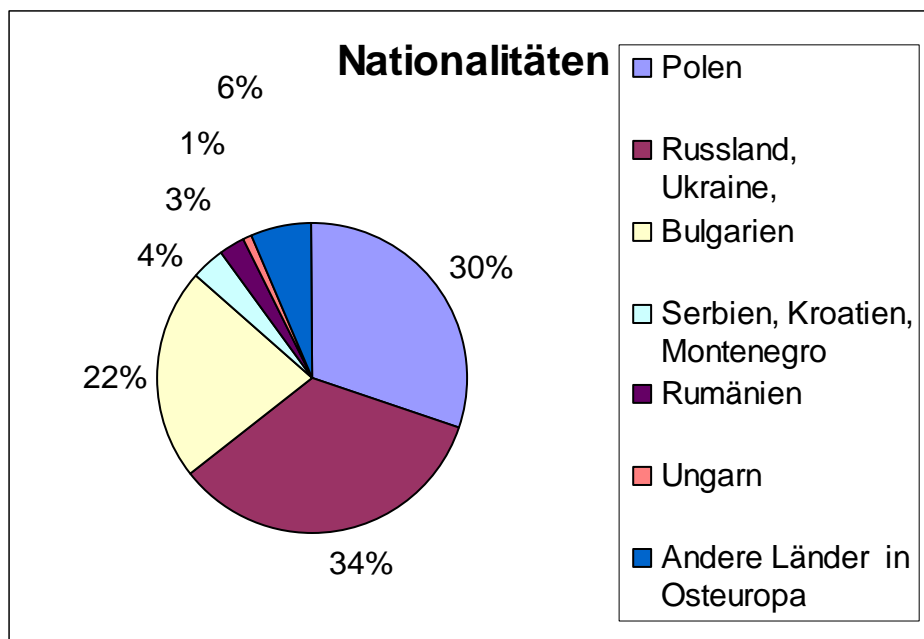


Abbildung 21. Welche Nationalität haben Sie?

Die Verteilung nach Ländern innerhalb der Gruppe der befragten Osteuropäer ist folgende: 33,9% der untersuchten ausländischen Gruppe stammen aus Russland; 30,4% der untersuchten Bildungsmigranten haben die polnische Nationalität; 22,3% sind Bulgaren; 3,6% kommen aus Länder wie Serbien, Kroatien und Montenegro; aus Ungarn stammen 0,9% der Befragten. Der Rest der untersuchten ausländischen Studierenden kommt aus anderen osteuropäischen Ländern.

Polen	30,4
Russland, Ukraine,	33,9
Bulgarien	22,3
Serbien, Kroatien, Montenegro	3,6
Rumänien	2,7
Ungarn	0,9
Andere Länder in Osteuropa	6,3

Abbildung 22. Verteilung der Nationalitäten innerhalb der untersuchten Gruppe von osteuropäischen Bildungsmigranten

### **6.1.2. Geschlechtszusammensetzung**

Von 288 untersuchten Studierenden haben 273 (94,8%) Ihr Geschlecht genannt. 59% sind Frauen, 35,8 % Männer. 5,2% machten keine Angaben zu ihrem Geschlecht

Die Geschlechtsverteilung der beiden untersuchten Gruppen ist fast die gleiche. 59,7% der deutschen Kontrollgruppe und 64,2% der ausländischen Studierenden sind weiblichen Geschlechts. Ungefähr 40% der beiden Gruppen sind Männer (40,3% bei den Deutschen, 35,7% bei den Osteuropäern).

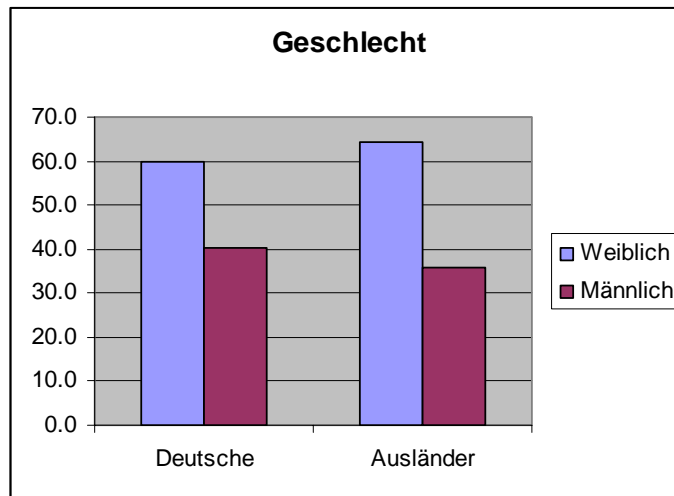


Abbildung 23. Verteilung der Frage: „Welches Geschlecht haben Sie?“ bei den beiden Gruppen

### 6.1.3. Religion

Nur 46% der Befragten haben ihre Religion genannt. Davon sind 68,1% Christen, 4,4% Muslime, 2,2% haben eine andere Religion, 25,2% bezeichneten sich als nicht religiös. Insgesamt 53,1% der befragten jungen Leute gaben keine Antwort auf diese Frage.

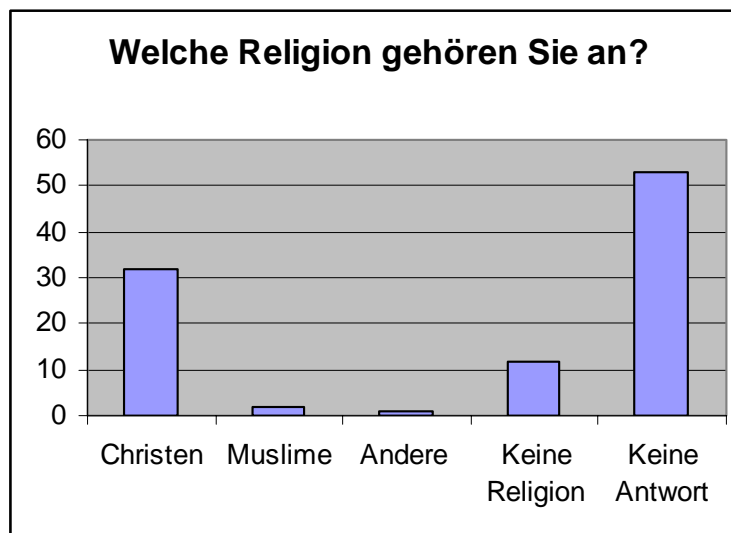


Abbildung 24. Antworten auf die Frage: „Welcher Religion gehören Sie an“?

Bei einem Vergleich beider Gruppen im Bereich Religion erhalten wir die folgenden Ergebnisse: 60,2% der untersuchten Ausländer aus Osteuropa geben eine christliche Religion/Konfession an. 72,9% der deutschen Studierenden haben angegeben, einer

christlichen Religion anzugehören. 1,2% der Deutschen geben im Vergleich zu 7,0% der Ausländer die islamische Religion an. Knapp 2,0% der beiden Gruppen berichten, dass sie zu anderen Religionen gehören (2,4% der Deutschen, 2,3% der Osteuropäer) und es gab auch große Zahl von jungen Leuten, die keiner Religion angehören (23,5% der Deutschen, 30,2% der Ausländer).

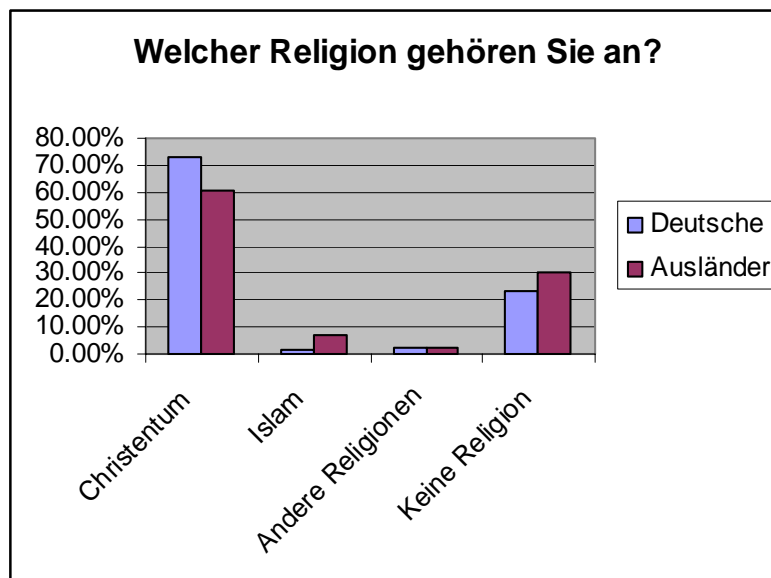


Abbildung 25 Vergleich Deutsche - Ausländer. Antworten auf die Frage: „Welcher Religion gehören Sie an?“

#### **6.1.4. Alters- und Einkommenszusammensetzung**

Die Altersverteilung ist nach drei Gruppen unterteilt worden: Die Studierenden der ersten Gruppe sind 18 bis 20 Jahre alt (8,7% aller Befragten), die der zweiten Gruppe 21 bis 23 Jahre alt (51,8% aller Befragten) und die der dritten Gruppe 23 Jahre und älter (39,5% aller Befragten). Die jüngsten Befragten sind 18 Jahre alt, es gab auch einen Studenten, der sein Alter mit 60 Jahren angegeben hatte.

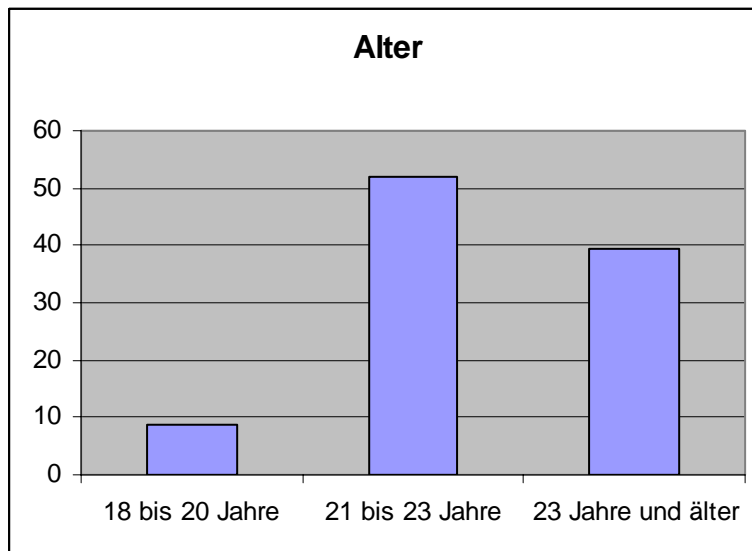


Abbildung 26. Wie alt sind Sie?

Die Studierenden wurden auch nach der subjektiven Einschätzung ihrer finanziellen Situation gefragt. Die Frage „Als wie ausreichend schätzen Sie das Ihnen zur Verfügung stehende Geld ein?“ konnte mit vier Antworten beantwortet werden: „völlig ausreichend“, „ausreichend“, „weniger ausreichend“ und „gar nicht ausreichend“.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass nur 7,5% aller Befragten Ihr Einkommen als völlig ausreichend einschätzen, 36,9% als ausreichend, der Rest der Befragten, 55%, gab an, dass sie es als weniger ausreichend oder gar nicht ausreichend einschätzten.

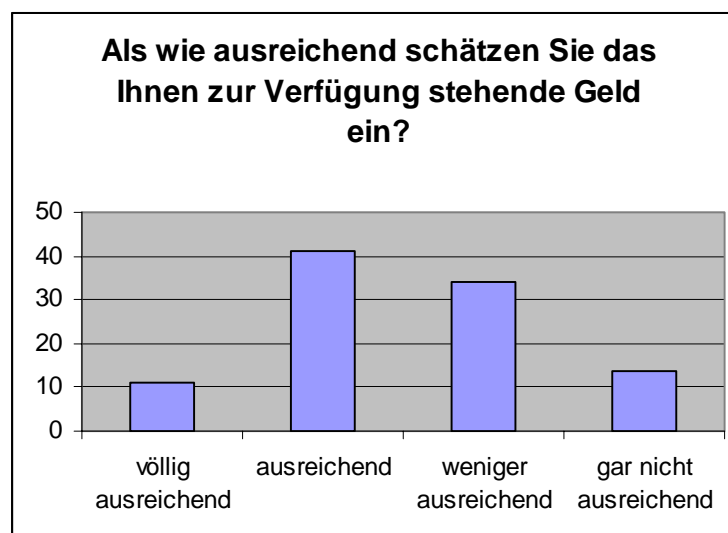


Abbildung 27. Antworten auf die Frage „Als wie ausreichend schätzen Sie das Ihnen zur Verfügung stehende Geld ein?“

Wenn wir die Unterschiede im Bereich der subjektiven finanziellen Situation nach der Nationalität näher betrachten, sind die folgenden Ergebnisse festzustellen: Nur 6,2% der untersuchten Osteuropäer gegenüber 13,5% der Deutschen schätzen das ihnen zur Verfügung stehende Geld als völlig ausreichend ein. 43,3% der Ausländer schätzen das ihnen zur Verfügung stehende Geld als ausreichend ein (vs. 39,9% der Deutschen), 33,1% als weniger ausreichend (vs. 33,1% der Deutschen) und 14,4% als gar nicht ausreichend (vs. 13,5% der deutschen Kontrollgruppe). Mithilfe des Pearson Chi<sup>2</sup> Tests wurde festgestellt, dass die Unterschiede zwischen beiden untersuchten Gruppe in diesem Bereich nicht signifikant sind (Chi<sup>2</sup>=3,320, df=3, p=,345).

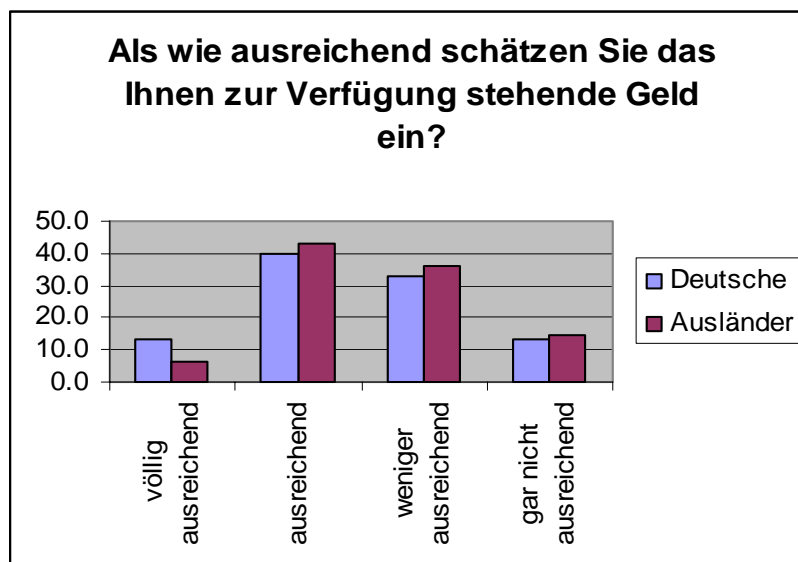


Abbildung 28. Antworten auf die Frage „Als wie ausreichend schätzen Sie das Ihnen zur Verfügung stehende Geld ein?“

### Monatliches Einkommen

Es wurde auch eine Gruppierung im Bereich des Einkommens<sup>11</sup> (abzgl. Warmmiete+Strom) durchgeführt, wobei sechs Kategorien gebildet worden sind: 1. Einkommen zwischen 0 und 150 Euro monatlich, 2. Einkommen zwischen 151 und 250 Euro monatlich, 3. Einkommen zwischen 251 und 350 Euro monatlich, 4.

<sup>11</sup> Einkommen abzgl. Miete und Strom. Das Item lautet: „Über welches monatliche Einkommen abzgl. Miete (Warmmiete + Strom) verfügen Sie derzeit?“

Einkommen zwischen 351 und 450 Euro monatlich, 5. Einkommen zwischen 451 und 550 Euro monatlich und die letzte Kategorie Einkommen von 551 bis 1500 Euro pro Monat.

Mit der Kreuztabelle wurden die Unterschiede in den genannten Einkommen zwischen den beiden Gruppen gemessen. Fast ein Fünftel (19,5%) der Ausländer gaben ein Einkommen von 0 bis 150 Euro pro Monat an. Im Vergleich dazu gaben 11,6% der Gruppe der deutschen Studierenden an, nur über solch ein niedriges Einkommen zu verfügen. Der Anteil mit einem Einkommen von 151 bis 250 Euro ist bei den beiden untersuchten Gruppen fast gleich verteilt (23,2% Deutsche, 24,2% Osteuropäer).

Der größte Anteil der Deutschen berichtete von einem Einkommen zwischen 251 und 350 Euro (abzüglich der Miete). Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind auch bei den Einkommen zwischen 551 und 1500 Euro festzustellen. Nur 9% der Osteuropäer gaben im Vergleich zu fast 14% der Kontrollgruppe (13,8%) ein solches Einkommen an. Fast 15% der befragten Ausländer haben keine Angaben zu ihrem Einkommen gemacht. Mithilfe des Pearson  $\chi^2$  Tests wurde festgestellt, dass die Unterschiede zwischen beiden untersuchten Gruppe in diesem Bereich nicht signifikant sind ( $\chi^2=3,807$ ,  $df=5$ ,  $p=,578$ ).

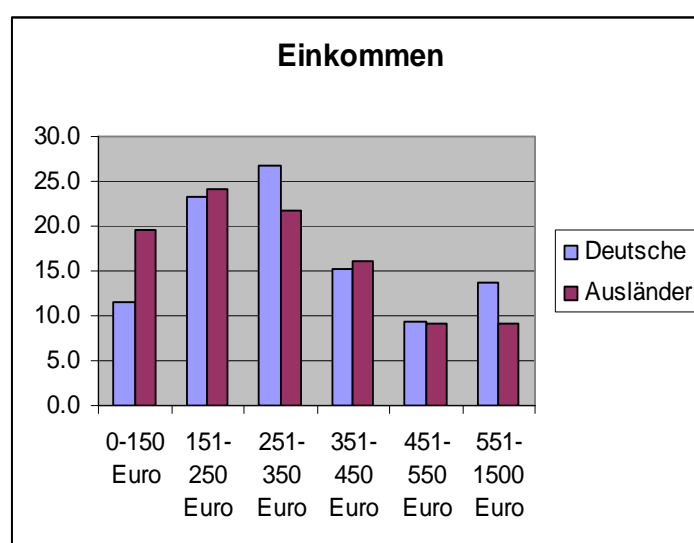


Abbildung 29. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung nach berichtetem Einkommen abzgl. Miete (Warmmiete + Strom).



### 6.1.5. Familienstand und Partnerschaft

Mithilfe einer Kreuztabelle wurden die beiden Gruppen von jungen Leuten auch nach ihrem Familienstand gefragt. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass nur 3,2% der untersuchten deutschen Studierenden verheiratet sind. Im Vergleich dazu sind knapp 21% der untersuchten Osteuropäer verheiratet. Circa 2,0% der beiden Gruppen haben angekreuzt, dass sie geschieden sind.

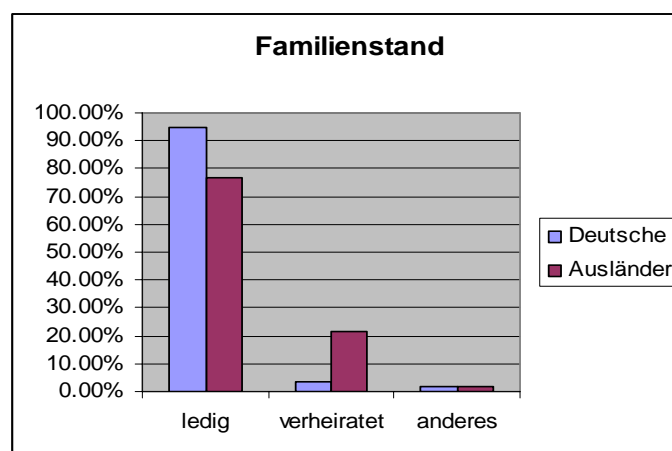


Abbildung 30. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung nach Familienstand

Nach der Frage nach dem Familienstand fand sich auf dem Fragebogen auch ein Item zum Thema Partnerschaft. Die Frage „Haben Sie einen festen Partner?“ haben 53,5% der befragten Osteuropäer positiv beantwortet. 60,5% der deutschen Kontrollgruppe leben ebenfalls in einer festen Beziehung. 39,5% der untersuchten deutschen Studierenden haben im Moment keinen festen Partner oder keine feste Partnerin (vs. 46,5% der Ausländer) ( $\chi^2=1,211$ ,  $df=1$ ,  $p=,300$ ).

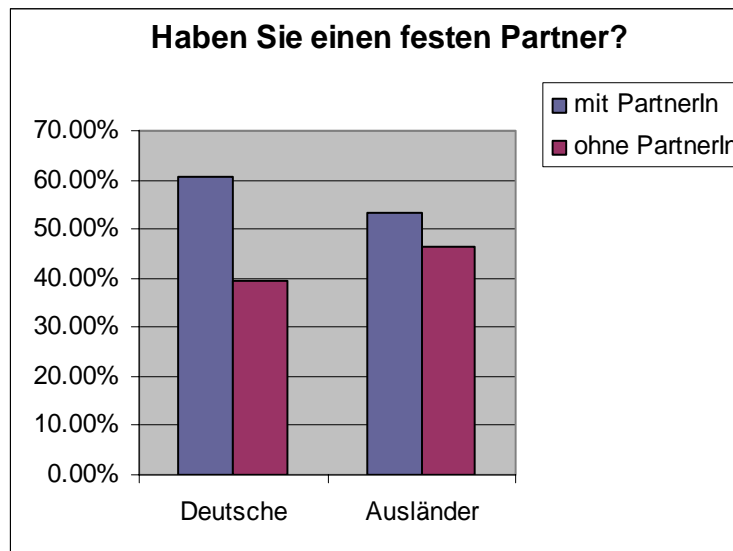


Abbildung 31. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Haben Sie einen festen Partner?“

### 6.1.6. Wohnungssituation

Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen konnten im Bereich Wohnungssituation festgestellt werden. Der größte Teil der Osteuropäer hat angegeben, allein zu wohnen (37,1% vs. 19,4% der Deutschen). Ein großer Teil der Ausländer wohnt außerdem in einer WG (30,9% vs. 22,6% der Deutschen). Bei der Kontrollgruppe sieht die Wohnsituation ganz anders aus. Mehr als 36% der Deutschen wohnen während des Semesters bei ihren Eltern (vs. nur 3,1% der Ausländer) und 22,6% in einer WG. Knapp 24% der Osteuropäer und 19% der Deutschen wohnen mit ihrem Partner zusammen (s. Abbildung 31).

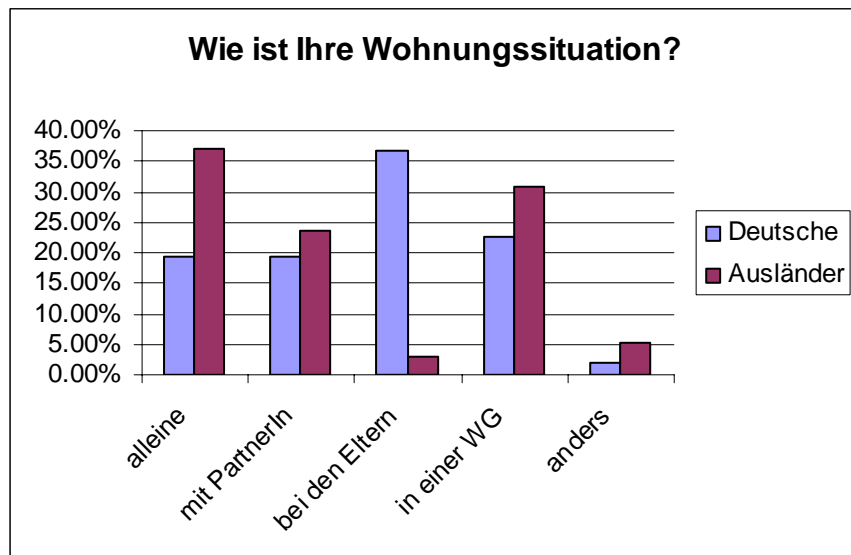


Abbildung 32. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie ist Ihre Wohnungssituation?“

Mithilfe des Pearson  $\chi^2$  Tests wurde festgestellt, dass die Unterschiede zwischen beiden untersuchten Gruppe in diesem Bereich hoch signifikant sind ( $\chi^2=39,709$ ,  $df=4$ ,  $p=,000$ ).

### 6.1.7. Kinder

Auf die Frage „Haben Sie Kinder?“ haben nur 2,6% der Kontrollgruppe und 7,1% der Osteuropäer positiv geantwortet (s. Tabelle 18).

	Deutsche	Osteuropäer
Ja, ich habe ein Kind/Kinder.	2,6%	7,1%
Nein, ich habe kein Kind.	97,4%	92,9%

Tabelle 18. Vergleich Deutsche - Ausländer. Antworten auf die Frage „Haben Sie Kinder?“

### 6.1.8. Ausbildung der Eltern

Bei der Frage „Welche Ausbildung hat Ihre Mutter?“ gab es folgende Antworten. Mehr als 36% der befragten Ausländer versus knapp 24% der Deutschen, haben angekreuzt, dass ihre Mutter ein abgeschlossenes (Fach-)Hochschulstudium hat.

Bei der Antwort „Meine Mutter hat die Volksschule/Hauptschule abgeschlossen.“ sind die Ergebnisse umgekehrt. 24,2% der befragten deutschen Studierenden berichten, dass ihre Mutter nur die Volksschule/Hauptschule abgeschlossen hat (versus 9,0% der Ausländer). Fast der gleiche Anteil der beiden Gruppen haben die Antwort „Meine Mutter hat einen Real-/Fachschul-Abschluss“ angekreuzt (31,2% vs. 28,0%). Mit Hilfe des Pearson  $\chi^2$  Test wurde festgestellt, dass die Unterschiede zwischen beiden untersuchten Gruppe hoch signifikant ist ( $\chi^2=23,674$ ,  $df=4$ ,  $p=,008$ ).

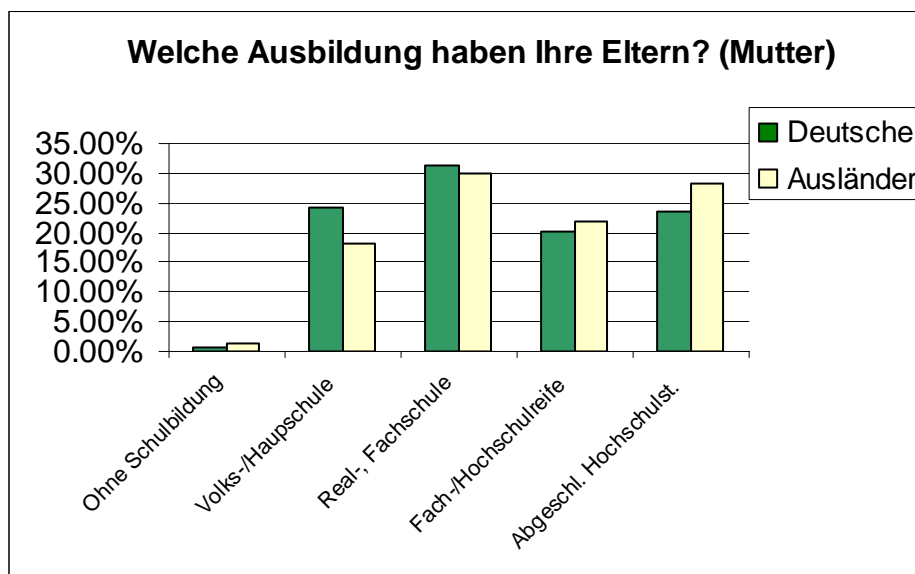


Abbildung 33. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Welche Ausbildung haben Ihre Eltern (Mutter)?“

Die Antworten auf die Frage „Welche Ausbildung hat Ihr Vater?“ weisen eine ähnliche Verteilung der Antworten auf. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen im Bereich der Ausbildung der Eltern sind bedeutend. Mehr als 37% der befragten Ausländer versus knapp 28% der Deutschen haben angekreuzt, dass ihre Väter ein abgeschlossenes (Fach-)Hochschulstudium haben. Mithilfe des Pearson  $\chi^2$  Tests wurde festgestellt, dass die Unterschiede zwischen den

beiden untersuchten Gruppen in diesem Bereich signifikant sind ( $\chi^2=14,763$ ,  $df=4$ ,  $p=,005$ ).

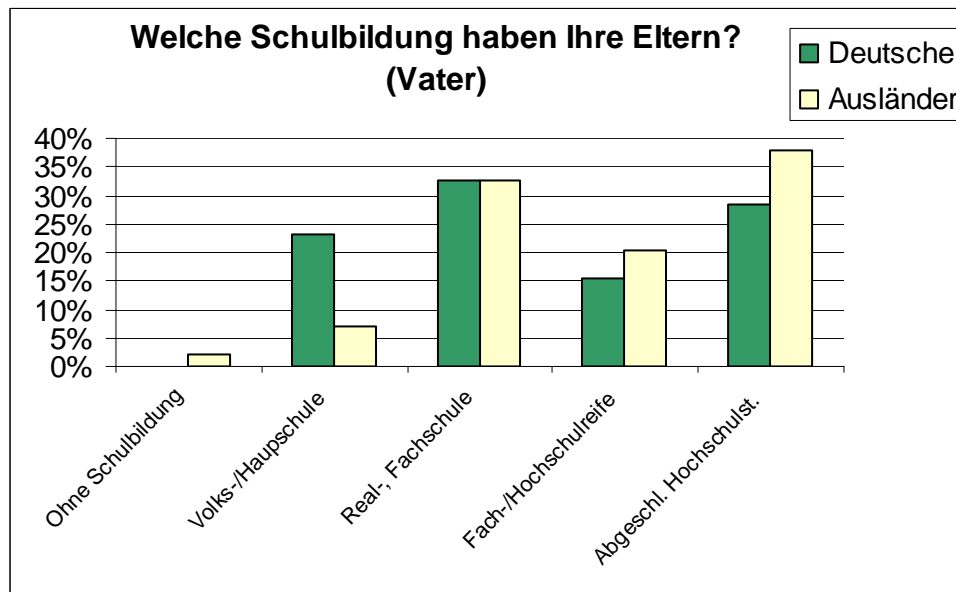


Abbildung 34. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Welche Ausbildung haben Ihre Eltern (Vater)?“

### 6.1.9. Studium, Finanzierung des Studiums und Leistungen

Die Frage „Auf welche Weise finanzieren Sie Ihr Studium vorrangig?“ waren Mehrfachnennungen möglich. 110 der untersuchten deutschen Studierenden im Vergleich zu 40 Osteuropäern bekommen Unterstützung von ihren Eltern. Eine große Zahl der untersuchten Kontrollgruppe von deutschen Studierenden hat berichtet, dass sie Bafög bekommt (insgesamt 61 Studierende). Fast 50% der Ausländer arbeiten während des Semesters und in den Semesterferien.

## Studium und Leistungen

### Was studieren Sie?

Die Verteilung nach Studienrichtungen ist die folgende: 39% der befragten jungen Leute studierten BWL und 5% VWL, 26% Germanistik, Anglistik und Linguistik. 5%, Psychologie und Soziologie. Im Studiengang Pädagogik sind 8% der Befragten eingeschrieben. 4% studieren Recht und Mathematik. Der Rest von 13% ist in anderen Studiengängen eingeschrieben (s. Abbildung 35).

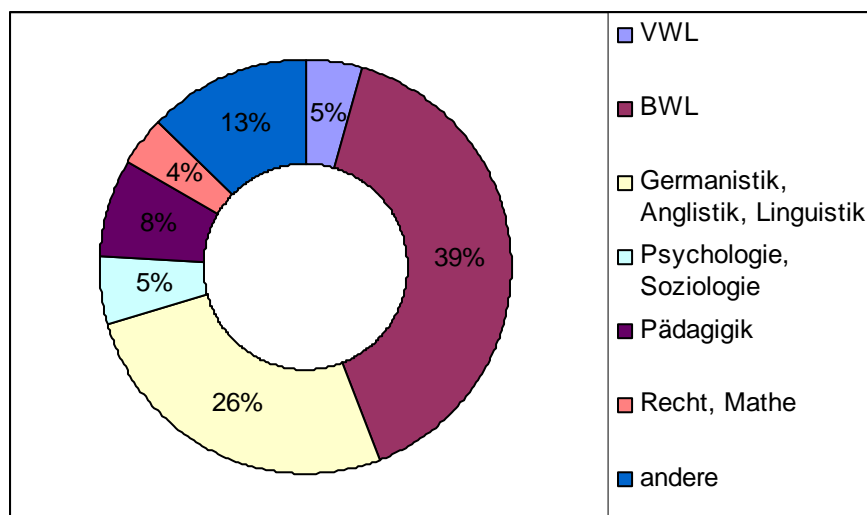


Abbildung 35. Verteilung nach Studienfächern

### Leistungen an der Universität

Eine Frage wurde hinsichtlich der Leistungsmotivation gestellt. Die Frage „Wie wichtig ist es Ihnen, gute Leistungen an der Universität zu erbringen?“ hat vier Antwortmöglichkeiten: „sehr wichtig“, „eher wichtig“, „eher unwichtig“ und „ganz unwichtig“.

Für weniger als 1% der beiden Gruppen ist es ganz unwichtig, gute Leistungen an der Universität zu erbringen. Für mehr als 11% der Ausländer und nur für 3% der Deutschen ist es „eher unwichtig“, nach guten Noten und Leistungen zu streben ( $\chi^2=7,425$ ,  $df=3$ ,  $p=,060$ ). Für fast die Hälfte der Gruppen sind die Leistungen „eher

wichtig“. Für mehr als 46% der befragten Deutschen versus 38% der Osteuropäer sind die Leistungen an der Universität „sehr wichtig“.

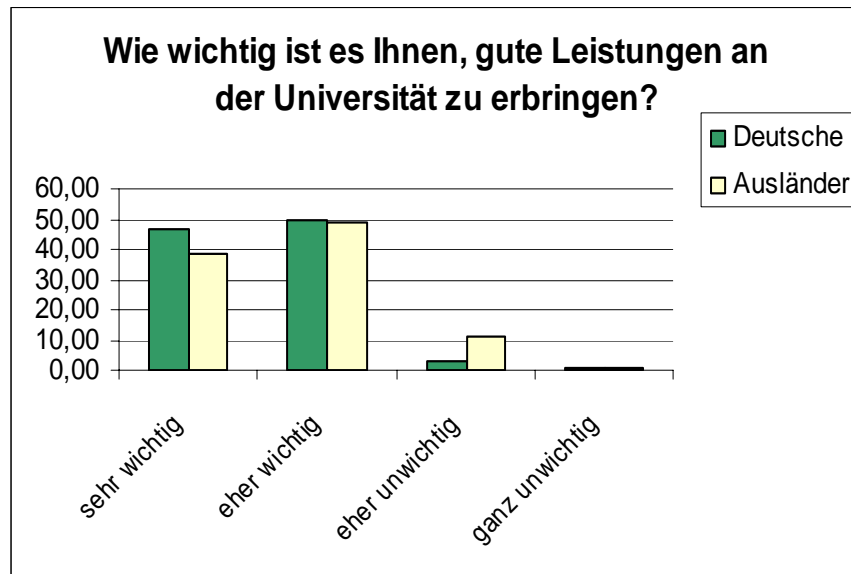


Abbildung 36. Verteilung der Antworten bei der Frage „Wie wichtig ist es Ihnen, gute Leistungen an der Universität zu erbringen?“

### *Leistungen im Vergleich*

Bei der Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie schätzen Sie Ihre Leistung im Vergleich zum Durchschnitt Ihrer Kommilitonen ein?“ sind keine signifikanten Unterschiede bei den beiden Gruppen festzustellen ( $\chi^2=4,258$ ,  $df=4$ ,  $p=,372$ ). Nur 16,3% der osteuropäischen Ausländer versus mehr als 25% der befragten deutschen Studierenden schätzen ihre Leistungen an der Universität als besser im Vergleich zum Durchschnitt der Kommilitonen ein. 61% der Bildungsmigranten versus 52% der Kontrollgruppe schätzen sich als „gleich gut“ mit den Leistungen anderer Kommilitonen ein. 2% der Ausländer schätzen ihre Leistung im Vergleich zum Durchschnitt Ihrer Kommilitonen als „viel schlechter“ ein.

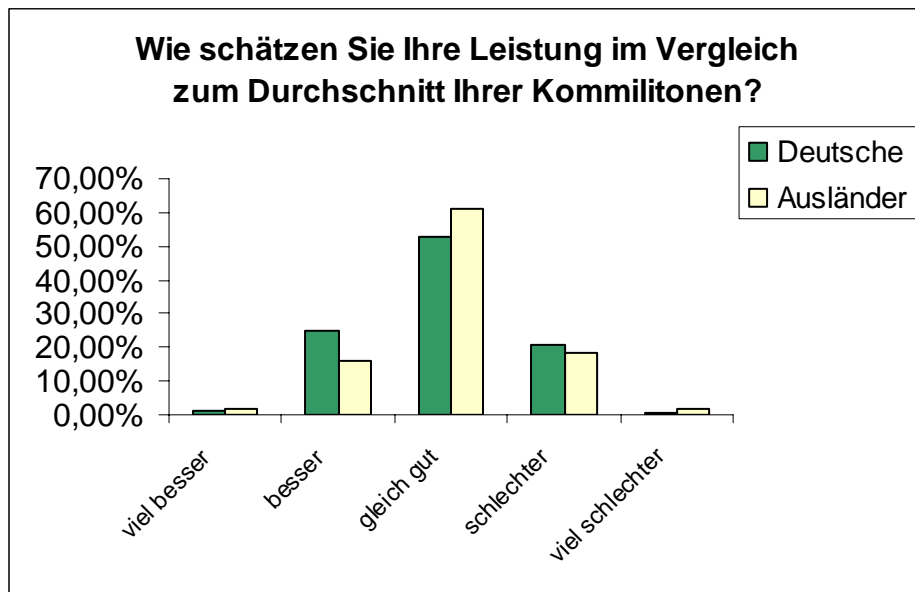


Abbildung 37. Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie schätzen Sie Ihre Leistung ein im Vergleich zum Durchschnitt Ihrer Kommilitonen?“

## 6.2. Selbstberichteter Gesundheitszustand der osteuropäischen Bildungsmigranten und der deutschen Studierenden

### 6.2.1. Subjektives Empfinden des allgemeinen Gesundheitszustands

Nur 2,5% der untersuchten deutschen Studierenden und nur 5,1% der Osteuropäer beschreiben ihren allgemeinen Gesundheitszustand als ausgezeichnet. Ein höherer Prozentsatz von deutschen Studierenden beurteilt ihre Gesundheit im Vergleich mit den Bildungsmigranten als sehr gut (32,7% vs. 26,5%). 54,7% der Kontroll-Gruppe und 53,1% der Ausländer stehen in der Mitte – mit gutem subjektivem Gesundheitszustand. Die Reste der Befragten - 15,3% der Ausländer und 10% der Kontroll-Gruppe - meinen, dass ihre Gesundheit weniger gut oder sogar schlecht ist. Mit der Hilfe von Chi<sup>2</sup> Test wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen festgestellt (Chi<sup>2</sup>=4,358, df=4, p=,360) (s. Abbildung 38).



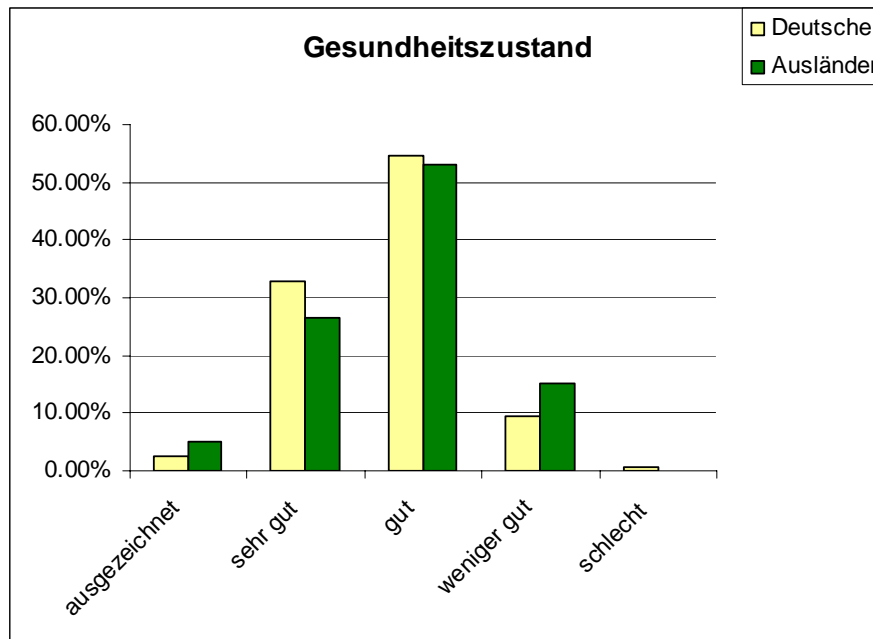


Abbildung 38. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?“

### 6.2.2. Verbesserung/ Verschlechterung des Gesundheitszustands

Sehr interessant sind die Ergebnisse im Bereich der Veränderung der Gesundheit und deren kross-nationalen Unterschiede. Dabei kann ein signifikanter Unterschied zwischen Osteuropäer und Deutsche festgestellt werden: die Ausländer haben berichtet, dass ihr derzeitiger Gesundheitszustand viel schlechter als vor einem Jahr ist ( $\chi^2=16,389$ ,  $df=4$ ,  $p=,003$ ).

Die gesamte Gruppe von deutschen und osteuropäische jungen Leute zeigen folgende deskriptive Ergebnisse: 27,8% der Studierenden berichten, dass sich im Vergleich zum vergangenen Jahr ihr derzeitiger Gesundheitszustand verbessert hat. Bei 57% hat sich die gesundheitliche Situation nicht verändert. Nur 14% der jungen Leute berichten über eine Verschlechterung ihrer Gesundheit. Dabei sind folgende Unterschiede bei den beiden Gruppen festzustellen. Auf die Frage „Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?“ hat nur 1% der Ausländer mit der Antwort „derzeit viel besser als vor einem Jahr“ beantwortet versus 10,1% der deutschen Kontroll-Gruppe. Die Antwort „meine Gesundheit ist derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr“ haben 22,0% der Ausländer genannt versus nur 10,7% der Deutschen (s. Abbildung 39). Für viel mehr

Ausländer als für Deutschen hat sich der Gesundheitszustand verschlechtert im letzten Jahr des Studiums (s. Abbildung 38).

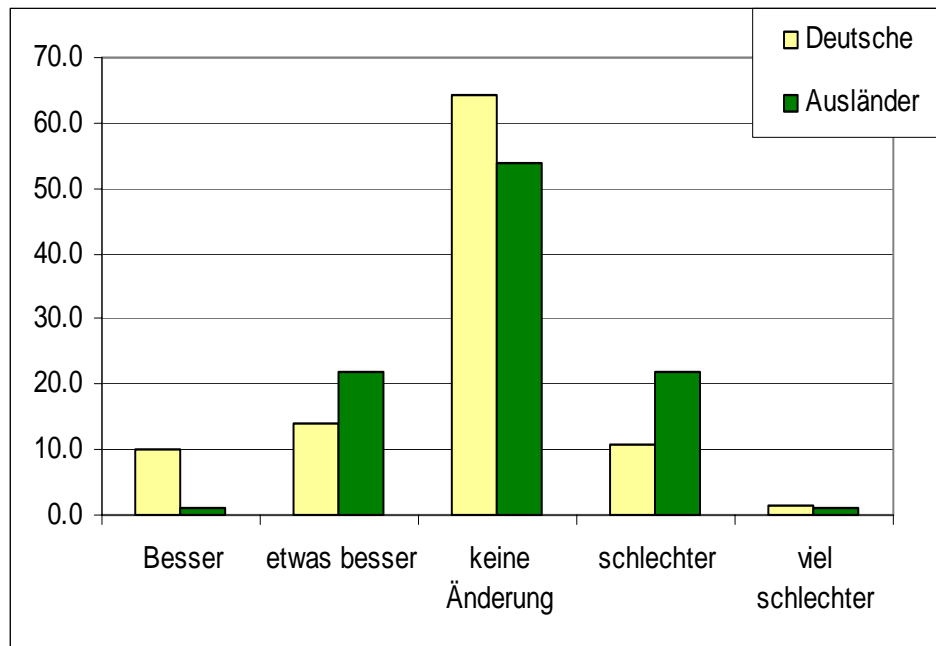


Abbildung 39. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?“

### 6.2.3. Wie stark achten die Studierenden auf ihre Gesundheit?

Mehr als die Hälfte der untersuchten Studierenden (50,4%) berichtet, dass sie eher wenig auf ihre Gesundheit achten und 2,0% achten überhaupt nicht darauf. 34,4% aller Befragten geben an, dass sie eher mehr auf Ihre Gesundheit achten und 13,3% sind sehr aufmerksam in Bezug auf ihre Gesundheit. Bei dieser Frage würden keine kross-nationalen Unterschiede festgestellt (s. Tabelle 19).

Das Item „Wie stark achten die Studierenden auf ihre Gesundheit?“ beinhaltet vier Antwortmöglichkeiten: „gar nicht“, „eher wenig“, „eher mehr“ und „sehr“. In der Tabelle ist die Verteilung der Antworten der Studierenden präsentiert. Dabei wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt ( $\chi^2=.222$ ,  $df=3$ ,  $p=.974$ ).

Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit?	Deutsche	Ausländer	Gesamt
<i>Gar nicht</i>	1,9%	2,0%	2,0%
<i>Eher wenig</i>	33,5%	35,7%	34,4%
<i>Eher mehr</i>	50,6%	50,0%	50,4%
<i>Sehr</i>	13,9%	12,2%	13,3%

Tabelle 19. Vergleich Deutsche - Ausländer. Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit“

### 6.3. Soziale Unterstützung bei den Bildungsmigranten und der deutschen Kontrollgruppe

Eine der wichtigen Fragestellungen dieser Untersuchung ist, ob es Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Bereich der erhaltenen sozialen Unterstützung gibt und wie die Quantität und Qualität der sozialen Unterstützung die Gesundheit, das Wohlbefinden und das Gesundheitsverhalten beeinflusst. Die Quantität der sozialen Unterstützung wurde anhand der vier-stufigen Likert Typ Skala gemessen. Das Item lautet „Wie viele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, die Sie unterstützen, wenn es Ihnen emotional schlecht geht?“, die Antwortmöglichkeiten variieren von „keine Person“, „eine Person“, „2-3 Personen“ bis „mehr als drei Personen“.

Mit der Hilfe von Kreuztabellen wurden die Unterschiede bei den Antworten den beiden Gruppen von Migranten und Deutschen festgestellt. Mit der Hilfe von Pearson Chi<sup>2</sup> Test wurde festgestellt, dass es zwischen den beiden untersuchten Gruppe signifikante Unterschiede im Bereich der sozialen Unterstützung gibt (Chi<sup>2</sup>=11,345, df=3, p=,010). Mehr als 74% der untersuchten deutschen Studierenden berichten, dass sie mehr als drei Personen kennen, die sie unterstützen, wenn sie emotionale Probleme haben vs. 59,4% der untersuchten Bildungsmigranten (siehe Abbildung 40). 31,7% der Ausländer verfügen an nur zwei oder drei unterstützende Personen. Mehr als 8% der Osteuropäer berichten, dass sie nur eine Person kennen, die hilfreich in problematischen emotionalen Situationen sein kann (8,9% vs. nur 2% von der deutschen Kontrollgruppe).

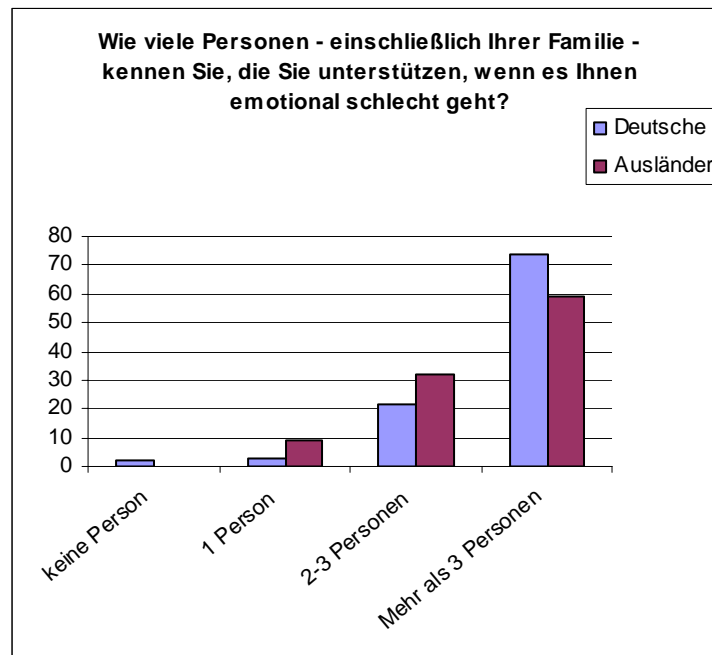


Abbildung 40. Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wie viele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, die Sie unterstützen, wenn es Ihnen emotional schlecht geht?“

### ***Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung bei der Gruppe der Bildungsmigranten***

Eine wichtige Frage, die den Studierenden gestellt wurde, war die nach der Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung. Das Item lautete „Sind Sie im Allgemeinen mit der Unterstützung, die Sie in solchen Fällen bekommen, zufrieden?“ und eine fünf-stufige Likert Skala von „sehr zufrieden“ bis „gar nicht zufrieden“ wurde verwendet.

Nur 3% der befragten Bildungsmigranten sind mit der erhaltenen sozialen Unterstützung unzufrieden. Im Gegenteil knapp 50% antworten, dass die Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung sehr hoch ist (s. Abbildung 41).

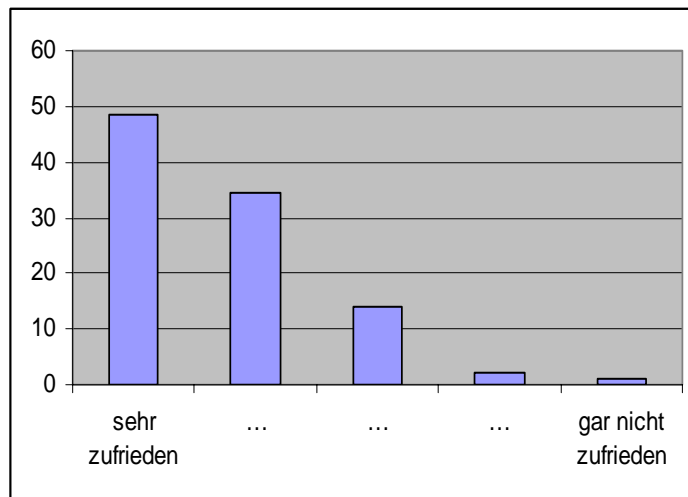


Abbildung 41. Verteilung der Antworten auf die Frage: „Sind Sie im Allgemeinen mit der Unterstützung, die Sie in solchen Fällen bekommen zufrieden?“ bei den Bildungsmigranten

Mit der Hilfe von Kreuztabellen wurden keine Unterschiede bei den Antworten in beiden Gruppen von Migranten und Deutschen festgestellt. Mit der Hilfe des Pearson  $\chi^2$  Tests wurde festgestellt, dass es zwischen den beiden untersuchten Gruppen keine signifikanten Unterschiede im Bereich der Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung gibt ( $\chi^2=8,164$ ,  $df=4$ ,  $p=,086$ ).

#### **6.4. Subjektive materielle, soziale und andere Wünsche der Bildungsmigranten und Motivation für die Migration**

Damit es eine bessere Erklärung der Motivation nach Migration bei der untersuchten Gruppe von Osteuropäer wurde eine offene Frage gestellt. Das Item lautet: „Sie haben drei Wünsche an das Schicksal frei – was wünschen Sie sich? Wählen Sie aus diesen Möglichkeiten und ordnen Sie die ersten drei in einer Reihenfolge“, wobei einige vorformulierte Antwortmöglichkeiten gegeben wurden und zusätzlich die Möglichkeit für eine offene Antwort bestand. Die genannten Antworten bestehen aus materiellen (finanzielle Sicherheit, viel Geld) und nicht materiellen Wünschen (Gesundheit, gute Familie, Freundschaft).

Die Ergebnisse der deskriptiven Analyse zeigen, dass einen großen Teil der Osteuropäer, die in Deutschland studieren, sich Gesundheit wünscht (mehr als 30%). Für mehr als 16% der Bildungsmigranten ist die gute Familie und für 11% ist die

Liebe als ein sehr wichtiger Wunsch ausgewählt (s. Tabelle 20). Nur insgesamt 10% der Befragten haben die finanzielle Sicherheit gewählt.

<b>Wünsche</b>	
<b>Prozente %</b>	
Frieden	12,1%
Freiheit	5,1%
Gesundheit	30,3%
Gute Familie	16,2%
Ruhe	4,0%
Ferien	2,0%
Viel Geld	6,1%
Finanzielle Sicherheit	4,0%
Erfolg	3,0%
Liebe	11,1%
Freundschaft	2,0%
Weisheit	4,0%
Gesamt	100,0

Tabelle 20. Verteilung der berichteten materiellen, sozialen und anderen Wünsche der Bildungsmigranten

Ein weiterer Problembereich, für den Untersuchungsbedarf besteht, ist die Tendenz nach Änderung des Aufenthaltsortes und die Motivation nach Migration.

Die Tendenzen wurden mit dem Item „Wenn Sie könnten, würden Sie Ihren derzeitigen Aufenthaltsort verlassen und woanders hinziehen wollen?“, gemessen anhand einer fünfstufigen Likert Skala von „gar nicht“ bis „sehr stark“. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass mehr als 14% der Migranten ihren momentanen Aufenthaltsort gar nicht verlassen möchten versus 13,7% der diejenigen, die sich das sehr stark wünschen.

Von den ausgezählten ausschlaggebenden Gründen den Aufenthaltsort zu verlassen am häufigsten wurden Motive wie Stress (11%), Neugier (12%) und andere von den Osteuropäern genannt (s. Tabelle 21).

Motive	Prozente (%)
Freund	8,2
Die Stadt ist zu klein	13,7
Neugier	12,3
Stress, Unruhe	11,0
Job / Karriere	8,2
Andere oder keine	46,6

Tabelle 21. Verteilung der Antworten auf die Frage „Was wären die ausschlaggebenden Gründe für Sie, Ihren derzeitigen Wohnort zu verlassen?“

## Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der deskriptiven Analyse bei der Gruppe den osteuropäischen Bildungsmigranten und der deutschen Kontrollgruppe

Ziel der durchgeführten deskriptiven Analyse war, Angaben über die demografischen, sozialen, gesundheitsbezogenen und anderen Merkmale der untersuchten Gruppe von jungen Leuten zu erlangen. Ein zweites Hauptziel der deskriptiven Analyse war, die signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe der osteuropäischen Bildungsmigranten und der deutschen Gruppe zu beschreiben.

Aufgrund der beschriebenen deskriptiven Ergebnisse können fünf Hauptschlussfolgerungen zusammengefasst werden:

1. Im Bereich der Veränderung der Gesundheit im letzten Jahr wurden signifikante Unterschiede zwischen Osteuropäern und Deutschen festgestellt: ein signifikant größerer Anteil von Ausländern hat berichtet, dass ihr derzeitiger Gesundheitszustand viel schlechter ist als vor einem Jahr ( $\chi^2=16,389$ ,  $df=4$ ,  $p=,003$ ).

2. Signifikante Unterschiede wurden auch im Bereich der Wohnsituation festgestellt. Der höchste Anteil der Osteuropäer hat angegeben, dass sie alleine wohnen (37,1% vs. 19,4%,  $\text{Chi}^2=39,709$ ,  $\text{df}=4$ ,  $p=,000$ ).
3. Bei den Angaben zur sozialen Unterstützung wurden ebenfalls signifikante Unterschiede festgestellt. Mehr als 8% der Osteuropäer berichten, dass sie nur eine Person kennen, die hilfreich in problematischen emotionalen Situationen sein kann (vs. nur 2% von der deutschen Kontrollgruppe;  $\text{Chi}^2=11,345$ ,  $\text{df}=3$ ,  $p=,010$ ).
4. Auch im Bereich der Ausbildung der Eltern wurden signifikante Unterschiede festgestellt. Die Eltern der Ausländer haben eine höhere Ausbildung im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Mit der Hilfe des Pearson  $\text{Chi}^2$  Test wurde festgestellt, dass die Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppe hoch signifikant sind (Vater:  $\text{Chi}^2=14,763$ ,  $\text{df}=4$ ,  $p=,005$ ; Mutter:  $\text{Chi}^2=23,674$ ,  $\text{df}=4$ ,  $p=,008$ ).

In dem nächsten Unterkapitel wird mit Hilfe des T-Tests bei unabhängigen Stichproben versucht, Erkenntnisse über den Mittelwert intervallskalierter Variablen zu gewinnen. Damit wird versucht, die Mittelwerte von unterschiedlichen Variablen zwischen den Gruppen der Osteuropäer und der Kontrollgruppe miteinander zu vergleichen. Es wird eine statistische T-Test Analyse im Bereich der Zufriedenheit, der Belastungen und des wahrgenommenen Stresses durchgeführt. Unterschiede bei andere Variablen wie Gesundheitsverhalten und Depression werden auch anhand des T-Tests geprüft.



## 6.5. T-Test Analyse. Zufriedenheit und psychosomatische Beschwerden im Vergleich

Mit Hilfe des T-Tests ist es möglich, Erkenntnisse über die Mittelwerte intervallskalierter Variablen zu gewinnen. Hier wird der T-Test bei unabhängigen Stichproben durchgeführt. Dieses Verfahren dient dazu, zwei Mittelwerte miteinander zu vergleichen. Dabei stellt sich die Frage, ob sich aus den Stichprobenbeobachtungen schließen lässt, dass die beiden Mittelwerte in der Grundgesamtheit voneinander verschieden sind. Der T-Test bei unabhängigen Stichproben – wie bei unserem Fall (bei Osteuropäern und bei Deutschen) – ist jedoch nur dann zur Untersuchung dieser Frage geeignet, wenn die miteinander zu vergleichenden Mittelwerte aus zwei voneinander unabhängigen Stichproben stammen.

### **6.5.1. Zufriedenheit im Vergleich**

Im Bereich der Zufriedenheit mit der sozialen Integration und der Integration an der Universität zeigen die deutschen Studierenden eine höhere Zufriedenheit als die osteuropäischen Bildungsmigranten. Die Ausländer sind weniger zufrieden mit ihren Leistungen an der Universität (3,65 vs. 3,83,  $p=,050$ ) und mit ihrer Integration an der Universität (3,60 vs. 3,99,  $p=,014$ ).

Keine Unterschiede bestehen bei den beiden Gruppen im Bereich der Zufriedenheit mit den Berufsperspektiven (3,59 vs. 3,55,  $p=,777$ ), mit der Wahl des Studienfaches (4,32 vs. 4,53,  $p=,241$ ), mit ihrer finanziellen Lage (3,22 vs. 3,48,  $p=,155$ ) oder mit der Wohnung (4,51 vs. 4,50,  $p=,974$ ) (s. Tabelle 22).

<b>Zufriedenheit</b>	<b>Nationalität</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Sign.</b>
Studium allgemein	<b>Deutsche</b>	3,92	
	<b>Ausländer</b>	3,81	,452
Wahl des Studienfaches	<b>Deutsche</b>	4,53	
	<b>Ausländer</b>	4,32	,241
Ihre Leistungen an der Universität	<b>Deutsche</b>	3,83	
	<b>Ausländer</b>	3,65	,050
Ihre Integration an der Universität	<b>Deutsche</b>	3,99	
	<b>Ausländer</b>	3,60	,014
Ihre Berufsperspektiven	<b>Deutsche</b>	3,55	
	<b>Ausländer</b>	3,59	,777
Ihre Wohnung	<b>Deutsche</b>	4,52	
	<b>Ausländer</b>	4,51	,974
Ihr Wohngebiet	<b>Deutsche</b>	4,57	
	<b>Ausländer</b>	4,34	,251

Tabelle 22. Mittelwerte bei der Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?“

Bemerkenswert sind die Ergebnisse bezüglich der Zufriedenheit im Bereich der Freizeit sowie mit sozialen Aspekten wie Freundeskreis, Kontakte mit den Eltern und der Familie sowie im Bereich der Partnerschaft. Die Ausländer sind weniger zufrieden mit ihrer Freizeit (3,98 vs. 4,27,  $p=,050$ ).

Die deutsche Kontrollgruppe ist mit allen untersuchten sozialen Bereichen. Die Osteuropäer sind weniger zufrieden mit ihrem Freundeskreis in Deutschland (4,39 vs. 4,77,  $p=,023$ ), mit den Kontakten mit den Eltern und der Familie (4,37 vs. 4,87,  $p=,005$ ) und im Bereich der Partnerschaft (3,76 vs. 4,36,  $p=,014$ ) (s. Tabelle 23).

<b>Zufriedenheit</b>	<b>Nationalität</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Sign.</b>
Ihr Studienort	<b>Deutsche</b>	4,18	
	<b>Ausländer</b>	4,31	,460
Ihre Freizeit	<b>Deutsche</b>	4,27	
	<b>Ausländer</b>	3,98	,050
Ihre finanzielle Lage	<b>Deutsche</b>	3,48	
	<b>Ausländer</b>	3,22	,155
Ihr Freundeskreis	<b>Deutsche</b>	4,77	
	<b>Ausländer</b>	4,39	,023
Ihre Kontakte mit den Eltern / Familie	<b>Deutsche</b>	4,87	
	<b>Ausländer</b>	4,37	,005
im Bereich der Partnerschaft	<b>Deutsche</b>	4,31	
	<b>Ausländer</b>	3,76	,014

Tabelle 23. Mittelwerte bei der Frage „Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?“

Im Fragebogen wurden auch Fragen nach der Zufriedenheit mit der Gesundheit und der Sexualität gestellt. Andere interessante Aspekte, die untersucht worden sind, waren die Zufriedenheit mit der politischen und wirtschaftlichen Situation in Deutschland und in der Heimat der Osteuropäer (s. Tabelle 24). Auch bei diesen ausgewerteten Bereichen erzielten die deutschen Studierenden bessere Ergebnisse. Im Bereich der Sexualität (3,72 vs. 4,31,  $p=,014$ ) und auch mit ihrer Gesundheit (4,04 vs. 4,23,  $p=,050$ ) sind die Osteuropäer unzufriedener.

Zufriedenheit	Nationalität	Mittelwert	Sign.
im Bereich der Sexualität	Deutsche	4,31	
	Ausländer	3,72	,014
Ihre Gesundheit	Deutsche	4,23	
	Ausländer	4,04	,050
Politische Situation in Deutschland	Deutsche	2,96	
	Ausländer	3,23	,074
wirtschaftliche Situation in Deutschland	Deutsche	2,60	
	Ausländer	2,98	,015
Politische Situation Ihrer Heimat	Deutsche	3,04	
	Ausländer	2,67	,030

Tabelle 24. Mittelwerte bei der Frage „Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?“

Bei der wirtschaftlichen Situation in Deutschland zeigen aber die Ausländer im Vergleich zur deutschen Kontrollgruppe eine höhere Zufriedenheit (2,98 vs. 2,60,  $p=,015$ ). Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der politischen Situation in der Heimat erscheinen hingegen die deutschen Studierenden zufriedener (3,04 vs. 2,67,  $p=,030$ ).

### **6.5.2. Belastungen und Stressoren im Vergleich**

In dieser Studie wurden vierundzwanzig unterschiedlichen Stressoren untersucht (s. Kapitel Methoden), nämlich soziale, emotionale, akademische und finanzielle Stressoren. Bei der Berechnung der Mittelwerte der Stressoren zeigte sich, dass sich die beiden untersuchten Gruppen durch die akademische Stressoren – Studium, Klausuren, Hausarbeiten und Referate – stark belastet fühlen (s. Tabelle 25). Als starke Stressoren haben beide Gruppen Klausuren, Referate und Hausarbeiten im Studium genannt (4,07 bei den Osteuropäern und 4,56 bei den Deutschen,  $p=,005$ ).

<b>Stressoren/Belastungen</b>	<b>Nationalität</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Sign.</b>
Studium allgemein	<b>Deutsche</b>	3,92	
	<b>Ausländer</b>	3,76	,332
Klausuren, Hausarbeiten, Referate	<b>Deutsche</b>	4,56	
	<b>Ausländer</b>	4,07	,005
Fehlender Praxisbezug des Studiums	<b>Deutsche</b>	3,77	
	<b>Ausländer</b>	3,46	,096
Anonymität an der Universität	<b>Deutsche</b>	2,77	
	<b>Ausländer</b>	2,54	,192
Schlechte Berufsperspektive	<b>Deutsche</b>	3,20	
	<b>Ausländer</b>	3,44	,211
Probleme mit den Eltern	<b>Deutsche</b>	1,97	
	<b>Ausländer</b>	1,72	,115
Probleme mit den Mitstudierenden	<b>Deutsche</b>	1,65	
	<b>Ausländer</b>	1,78	,350

Tabelle 25. Mittelwerte bei der Frage nach den Belastungen

Als nächste wichtige Belastung stellte sich das Studium im Allgemeinen heraus. Bei beiden Gruppen ließ sich kein Unterschied feststellen (3,76 bei den Osteuropäern und 3,92 bei den Deutschen,  $p=,332$ ). Der fehlende Praxisbezug des Studiums und die schlechten Berufsperspektiven werden sowohl von den ausländischen als auch von den deutschen Studierenden als belastend empfunden (3,46 vs. 3,77,  $p=,096$ , und 3,44 vs. 3,20,  $p=,211$ ).

Im Vergleich zur Belastung im akademischen Bereich erscheint der Bereich des sozialen Lebens als weniger belastend. Die Probleme mit den Eltern werden als kaum belastend eingeschätzt (1,72 vs. 1,92,  $p=,115$ ), ebenso die Probleme mit den Mitstudierenden (1,78 vs. 1,65,  $p=,350$ ).

Die Anonymität an der Universität (2,54 vs. 2,77,  $p=,192$ ), die Partnerschaft (2,47 vs. 2,08,  $p=,050$ ) und die Probleme mit der Gesundheit (2,45 vs. 2,38,  $p=,658$ ) wurden von den beiden Gruppen als mittelmäßig belastend empfunden. Auffällig ist, dass die Ausländer sich im Bereich der Partnerschaft und im Bereich der Sexualität als stärker belastet ihre deutsche Kommilitonen fühlen (2,47 vs. 2,08,  $p=,050$  und 2,17 vs. 1,76,  $p=,020$ ). Die beiden Gruppen empfinden eine sehr geringe Belastung im Bereich der Freundschaft und bei der Wohnungssituation (1,80 vs. 1,82,  $p=,897$  und 2,12 vs. 1,97,  $p=,370$ ).

Anders sehen die Ergebnisse im Bereich der finanziellen Belastungen aus. Die Mittelwerte machen deutlich, dass sich die Ausländer stärker im Bereich der Finanzen belastet fühlen als die deutsche Stichprobe (3,51 vs. 3,01,  $p=,018$ ). Im Bereich der Arbeitsbelastung sind die Unterschiede noch größer. Die Ausländer haben im Vergleich zu den Deutschen viel höhere Mittelwerte bei der Arbeitsbelastung neben dem Studium (3,57 vs. 2,62,  $p=,000$ ).

<b>Stressoren/Belastungen</b>	<b>Nationalität</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Sign.</b>
Probleme mit Freunden	<b>Deutsche</b>	1,82	
	<b>Ausländer</b>	1,80	,897
Partnerschaft	<b>Deutsche</b>	2,08	
	<b>Ausländer</b>	2,47	,050
Sexualität	<b>Deutsche</b>	1,76	
	<b>Ausländer</b>	2,17	,020
Wohnungssituation	<b>Deutsche</b>	1,97	
	<b>Ausländer</b>	2,12	,370
Probleme mit der Gesundheit	<b>Deutsche</b>	2,38	
	<b>Ausländer</b>	2,45	,658
Finanzielle Lage	<b>Deutsche</b>	3,01	
	<b>Ausländer</b>	3,51	,018
Arbeitsbelastung neben dem Studium	<b>Deutsche</b>	2,62	
	<b>Ausländer</b>	3,57	,000

Tabelle 26. Mittelwerte bei der Frage nach den Belastungen (2)

Andere für die Probanden relevante Stressoren werden durch die Items repräsentiert, die sich auf die Integration oder die Isolation der jungen Leute beziehen. Die Ergebnisse zeigen, dass die osteuropäischen Bildungsmigranten im Vergleich mit

ihren deutschen Kommilitonen mehr Stress durch die Isolation an der Universität empfinden. Bei dem Item „Isolation allgemein“ sehen die Ergebnisse ähnlich aus (2,24 vs. 1,90,  $p=,039$ ).

Stressoren/Belastungen	Nationalität	Mittelwert	Sign.
Isolation in der Universität	Deutsche	2,10	
	Ausländer	2,47	,042
Isolation allgemein	Deutsche	1,90	
	Ausländer	2,24	,039
Unzureichende Zeit für das Studium	Deutsche	2,86	
	Ausländer	3,19	,102
Arbeit bei schlechten Arbeitsbedingungen	Deutsche	2,34	
	Ausländer	2,71	,052

Tabelle 27. Mittelwerte auf der Frage nach den Belastungen (3)

Signifikante Unterschiede zwischen den osteuropäischen und den deutschen Studierenden bestehen bei Stressoren wie „Probleme mit der Kommunikation“, „kulturelle Unterschiede“ und „Probleme mit der Sprache“. Außerdem spielen andere Stressoren (als „anderes“ in der Skala bezeichnet), für die Osteuropäer im Vergleich mit der deutschen Gruppe eine größere, belastende Rolle (3,35 vs. 1,89,  $p=,050$ ). Besonders hoch sind die Unterschiede in den Bereichen „Probleme mit der Sprache“ (2,85 vs. 1,32,  $p=,000$ ) und „Heimwehgefühle“ (3,14 vs. 1,43,  $p=,000$ ). Die kulturellen Unterschiede werden überdies besonders bei den Osteuropäern als ein Stressor angesehen (2,27 vs. 1,41,  $p=,000$ ).

Stressoren/Belastungen	Nationalität	Mittelwert	Sign.
Probleme mit der Kommunikation	Deutsche	2,04	
	Ausländer	2,53	,005
Kulturelle Unterschiede	Deutsche	1,41	
	Ausländer	2,27	,000
Probleme mit der Sprache	Deutsche	1,32	
	Ausländer	2,85	,000
Heimwehgefühle	Deutsche	1,43	
	Ausländer	3,14	,000
Anderes	Deutsche	1,89	
	Ausländer	3,35	,050

Tabelle 28. Mittelwerte bei der Frage nach den Belastungen (4)

### 6.5.3. Psychosomatische Beschwerden im Vergleich

Sehr interessante Ergebnisse wurden im Bereich der psychosomatischen Symptomatik erzielt (s. Tabelle 28).

Bei dieser T-Test-Analyse wurde von den vier möglichen Antworten ein Mittelwert gebildet (von „sehr oft“ bis „nie“, s. Kapitel „Methoden“).

Bei den Osteuropäern lassen sich niedrigere Mittelwerte im psychosomatischen Bereich, nämlich bei Müdigkeit (2,79 vs. 3,06,  $p=,009$ ), Durchfall (1,57 vs. 1,79,  $p=,013$ ), Kreuz- oder Rückenschmerzen (2,25 vs. 2,47,  $p=,043$ ) und Nacken- oder Schulterschmerzen (2,03 vs. 2,56,  $p=,000$ ) feststellen. Keine Unterschiede ergaben sich bei Symptomen wie Herzrasen, Kreislaufbeschwerden und Schwindel (1,78 vs. 1,72,  $p=,426$ ). Auch bei den Magenbeschwerden gab es nur einen kleinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen (2,11 vs. 2,01,  $p=,413$ ).

Bei den osteuropäischen Bildungsmigranten konnten jedoch höhere Mittelwerte bei psychosomatischen Bereichen wie Atembeschwerden (1,66 vs. 1,45,  $p=,034$ ), Verstopfung (1,65 vs. 1,34,  $p=,002$ ), Sprachstörungen (1,57 vs. 1,27,  $p=,000$ ) und Schlafstörungen (2,23 vs. 2,21,  $p=,050$ ) berechnet werden.



<b>Psychosomatische Beschwerden</b>	<b>Nationalität</b>	Mittelwert	Sign.
Magenbeschwerden/Sodbrennen	<b>Deutsche</b>	2,01	
	<b>Ausländer</b>	2,11	,413
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<b>Deutsche</b>	2,47	
	<b>Ausländer</b>	2,25	,043
Müdigkeit	<b>Deutsche</b>	3,06	
	<b>Ausländer</b>	2,79	,009
Atembeschwerden	<b>Deutsche</b>	1,45	
	<b>Ausländer</b>	1,66	,034
Händezittern	<b>Deutsche</b>	1,57	
	<b>Ausländer</b>	1,72	,173
Herzrasen/Kreislaufbeschwerden/Schwindel	<b>Deutsche</b>	1,78	
	<b>Ausländer</b>	1,70	,426
Durchfall	<b>Deutsche</b>	1,79	
	<b>Ausländer</b>	1,57	,013
Verstopfung	<b>Deutsche</b>	1,34	
	<b>Ausländer</b>	1,65	,002

Tabelle 29. Mittelwerte im Bereich der psychosomatischen Beschwerden für die beiden Gruppen

Keine Unterschiede sind bei der ausländischen und der deutschen Gruppe im Bereich der Kopfschmerzen (2,50 vs. 2,50,  $p=,940$ ), bei Alpträumen (1,76 vs. 1,75,  $p=,905$ ) und bei Konzentrationsschwierigkeiten (2,45 vs. 2,29,  $p=,119$ ) zu beobachten.

<b>Psychosomatische Beschwerden</b>	<b>Nationalität</b>	Mittelwert	p
Kopfschmerzen	<b>Deutsche</b>	2,50	
	<b>Ausländer</b>	2,50	,940
Schlafstörungen	<b>Deutsche</b>	2,01	
	<b>Ausländer</b>	2,23	,050
Alpträume	<b>Deutsche</b>	1,75	
	<b>Ausländer</b>	1,76	,905
Konzentrationsschwierigkeiten	<b>Deutsche</b>	2,29	
	<b>Ausländer</b>	2,45	,119
Nacken- oder Schulterschmerzen	<b>Deutsche</b>	2,56	
	<b>Ausländer</b>	2,03	,000

Tabelle 30. Mittelwerte bei beiden Gruppen im Bereich der psychosomatischen Beschwerden

Bei Unterleibsbeschwerden (1,74 vs. 1,76,  $p=,810$ ), Stimmungsschwankungen (2,23 vs. 2,27,  $p=,731$ ), Zittern (1,46 vs. 1,36,  $p=,234$ ) Gewichtszunahmen/Gewichtsabnahmen (1,95 vs. 1,91,  $p=,734$ ), Nervosität/Unruhe (2,32 vs. 2,29,  $p=,818$ ) oder Ängsten/Phobien (1,77 vs. 1,65,  $p=,260$ ) sind bei beiden Gruppen keine signifikante Unterschiede zu beobachten.

Bei Symptomen wie depressive Verstimmung (2,07 vs. 1,89,  $p=,116$ ) ergeben sich durch den T-Test bei der ausländischen Gruppe jedoch leicht höhere Mittelwerte, die aber nicht signifikant sind.

<b>Psychosomatische Beschwerden</b>	<b>Nationalität</b>	Mittelwert	Std. Abw.
Unterleibsbeschwerden	<b>Deutsche</b>	1,76	
	<b>Ausländer</b>	1,74	,810
Stimmungsschwankungen	<b>Deutsche</b>	2,27	
	<b>Ausländer</b>	2,23	,731
Zittern	<b>Deutsche</b>	1,36	
	<b>Ausländer</b>	1,46	,234
Depressive Verstimmung	<b>Deutsche</b>	1,89	
	<b>Ausländer</b>	2,07	,116
Sprachstörungen	<b>Deutsche</b>	1,27	
	<b>Ausländer</b>	1,57	,000
Gewichtszunahme/Gewichtsabnahme	<b>Deutsche</b>	1,91	
	<b>Ausländer</b>	1,95	,734
Appetitlosigkeit	<b>Deutsche</b>	1,54	
	<b>Ausländer</b>	1,43	,189
Nervosität/Unruhe	<b>Deutsche</b>	2,29	
	<b>Ausländer</b>	2,32	,818
Ängste/Phobien	<b>Deutsche</b>	1,65	
	<b>Ausländer</b>	1,77	,260

Tabelle 31. Mittelwerte bei beiden Gruppen im Bereich der psychosomatischen Beschwerden

### ***Geschlechtsunterschiede in der Psychosomatik bei den osteuropäischen Bildungsmigranten***

Mit Hilfe des T-Tests wurden Geschlechtsunterschiede im Bereich der psychosomatischen Beschwerden festgestellt.

Dabei zeigte sich, dass signifikante Geschlechtsunterschiede für einen großen Teil der psychosomatischen Beschwerden existieren. Bei der Gruppe der Frauen ließen sich in diesem Bereich deutlich höhere Mittelwerte feststellen (s. Abbildung 42 und Abbildung 43).

Die osteuropäischen Frauen wiesen verglichen mit den osteuropäischen Männern signifikant höhere Mittelwerte im Bereich der Nervosität und Unruhe auf (2,48 vs. 2,06,  $p=,035$ ).

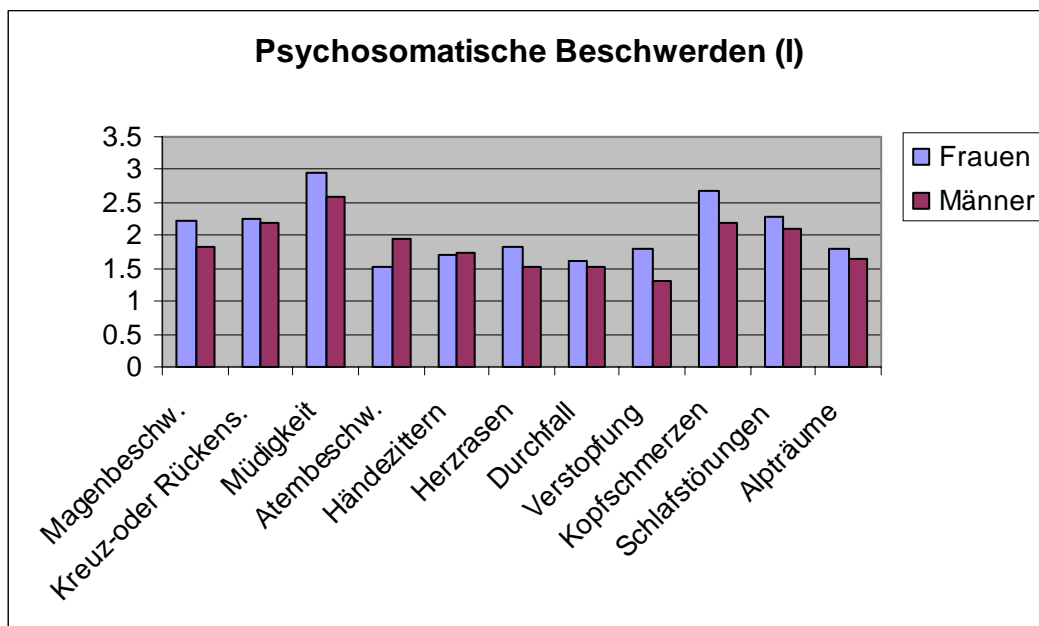


Abbildung 42. Geschlechtsunterschiede in der Psychosomatik bei den Bildungsmigranten (I)

Auch in Bereichen wie Herzrasen und Schwindel finden sich bei Frauen signifikant höhere Mittelwerte (1,82 vs. 1,51,  $p=,045$ ). Auch im Bereich der Kopfschmerzen wurden signifikante Geschlechtsunterschiede berechnet. Die osteuropäischen Frauen zeigen im Vergleich mit den osteuropäischen Männern deutlich höhere Mittelwerte (2,69 vs. 2,20,  $p=,009$ ).

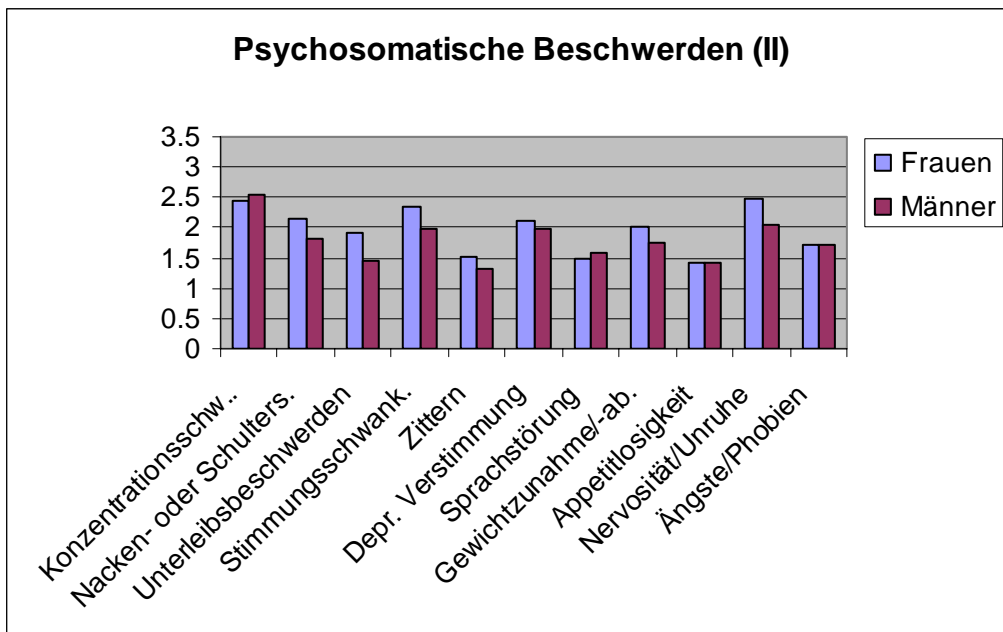


Abbildung 43. Geschlechtsunterschiede in der Psychosomatik bei den Bildungsmigranten (II)

Außerdem weist das weibliche Geschlecht signifikant höhere Mittelwerte im Bereich der Unterleibsbeschwerden auf (1,90 vs. 1,46,  $p=,009$ ).

Nur im Bereich der Atembeschwerden waren bei den osteuropäischen Männern im Vergleich mit den osteuropäischen Frauen signifikant höhere Mittelwerte nachweisbar (1,94 vs. 1,52,  $p=,025$ ). Für alle anderen psychosomatischen Symptome wurden hingegen keine signifikanten Geschlechtsunterschiede berechnet ( $p<0,05$ ).

## 6.6. Gesundheitsverhalten im Vergleich

### Bewegung und Aktivität

Mit Hilfe des T-Tests wurden bei beiden Gruppen auch Unterschiede im Bereich der Bewegung ermittelt. Im Bereich der sportlichen Aktivität und Bewegung hat die T-Test-Analyse keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ergeben. Die Mittelwerte der Antworten auf die Frage „Wie oft üben Sie in einer normalen Woche körperliche Aktivitäten (Sport, körperliche Arbeit etc.) aus, die mindestens 20 Minuten dauern, Sie stärker atmen lassen und Ihren Puls deutlich erhöhen?“ waren bei den beiden Gruppen fast gleich (2,11 vs. 2,10,  $p=,953$ ). Das bedeutet, dass sich die ausländischen Studierenden genau so häufig wie die deutschen Studierenden bewegen. Mit Hilfe einer Kreuztabelle wurde deutlich, dass sich der gleiche Prozentsatz an Ausländern und Deutschen weniger als einmal in der Woche bewegt (knapp 25%), ein- oder zweimal in der Woche (knapp 40%) und mehr als dreimal in der Woche (knapp 35% bei beiden Gruppen).

### Rauchen

Ähnlich sehen die Ergebnisse im Bereich des Rauchens aus. Die Mittelwerte der Antworten auf die Frage „Wie häufig haben Sie in den letzten 3 Monaten geraucht? (Zigaretten, Pfeife, Zigarillos, Zigarren)“ sind bei den Ausländern und den Deutschen fast gleich (2,32 vs. 2,44,  $p=,248$ ). Die deskriptive Analyse mit einer Kreuztabelle hat aber auch gezeigt, dass der Anteil der Osteuropäer, die praktisch täglich rauchen, im Vergleich mit den deutschen Studierenden viel höher ist (28,6% vs. 19,9%,  $p=,048$ ). Beruhigend ist das Ergebnis, dass mehr als 60% der beiden Gruppen in den letzten drei Monaten überhaupt nicht geraucht haben.

### Drogenkonsum

Sehr interessante und signifikante Unterschiede wurden im Bereich Drogenkonsum gemessen. Die Studierenden sollten dabei die Frage „Haben Sie schon Drogen einmal konsumiert?“ beantworten. Die dreistufige Skala beinhaltet die folgenden

Antwortmöglichkeiten: „Ja, regelmäßig“, „Ja, nur probiert“ und „Nein, noch nie probiert“. Mit Hilfe des T-Tests wurde festgestellt, dass die deutschen Studierenden signifikant häufiger Drogen probiert und konsumiert haben ( $p=,018$ ). Die Ergebnisse der Kreuztabelle zeigen, dass nur 1% der untersuchten Ausländer im Vergleich zu 10% der Deutschen regelmäßig Drogen konsumiert. Knapp 30% der beiden Gruppen haben Drogen nur probiert und knapp 70% der Osteuropäer versus 60% der Deutschen haben nie Drogen wie Haschisch, Marihuana, Kokain, Heroin oder Ecstasy probiert bzw. konsumiert ( $\chi^2=8,523$ ,  $df=2$ ,  $p=,014$ ) (s. Abbildung 44).

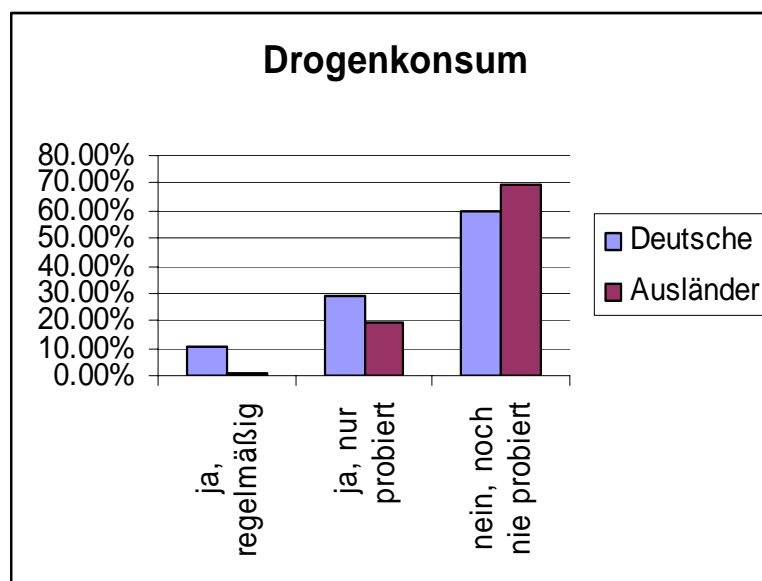


Abbildung 44. Drogenkonsum bei den deutschen Studierenden und bei den Bildungsmigranten

### ***Geschlechtsunterschiede im Gesundheitsverhalten der Bildungsmigranten***

Mit Hilfe der einfaktoriellen Varianzanalyse (AVONA) wurde überprüft, ob es signifikante Geschlechtsunterschiede im Gesundheitsverhalten wie z.B. Rauchen, Alkoholkonsum oder Bewegung gibt.

Mit der ANOVA wurde überprüft, wie sich die beiden Geschlechter hinsichtlich der Variablen physische Aktivität, Rauchen, Drogenkonsum und Alkoholkonsum unterscheiden. Signifikante Geschlechtsunterschiede wurden im Bereich des Rauchens festgestellt ( $F=9,488$ ,  $p=,003$ ). Keine signifikanten Geschlechtsunterschiede konnten hingegen im Bereich des Drogenkonsums

( $F=3,342$ ,  $p=,071$ ) und beim Umgang mit Alkohol gefunden werden ( $F=3,148$ ,  $p=,079$ ). Für die körperliche Bewegung spielt die Variable Geschlecht auch keine wichtige Rolle ( $F=2,575$ ,  $p=,122$ ). Die osteuropäischen Frauen sind fast so häufig körperlich aktiv (Sport, körperliche Arbeit etc.) wie die osteuropäischen Männer.

Migranten	Geschlecht	Mittelwert	F	p
<i>Bewegung</i> (1-weniger als einmal, 3-mindestens dreimal)	Weiblich	1,98	2,575	,122
	Männlich	2,26		
<i>Rauchen</i> (1-täglich, 3-nie)	Weiblich	2,51	9,488	,003
	Männlich	1,97		
<i>Drogenkonsum</i> (1-regelmäßig, 3-nie)	Weiblich	2,78	3,342	,071
	Männlich	2,56		
<i>Alkoholkonsum</i>	Weiblich	4,44	3,148	,079
	Männlich	4,06		

Tabelle 32. Auswirkung des Geschlechts auf das Gesundheitsverhalten

Anders sehen die Ergebnisse im Bereich des Rauchens aus. Aus den Ergebnissen der ANOVA-Analyse wurde deutlich, dass die männlichen Bildungsmigranten signifikant häufiger als die Frauen Zigaretten, Pfeifen und Zigarren konsumieren. Die Mittelwerte im Bereich Rauchen zeigen, dass die osteuropäischen Frauen viel seltener rauchen (s. Tabelle 32).

### ***Unterschiede im Gesundheitsverhalten bezüglich der Wohnsituation der Bildungsmigranten***

Die nächste Varianzanalyse überprüft, ob Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen den beiden Gruppen im Bezug auf die Wohnsituation zu beobachten sind. Die ANOVA-Analyse zeigte, dass zwischen den Migranten, die alleine wohnen, und

denen, die bei ihren Eltern oder mit ihrem Partner zusammen wohnen, keine Unterschiede im Gesundheitsverhalten festzustellen sind (s. Tabelle 33).

Migranten	Wohnsituation	Mittelwert	F	P
<i>Rauchen</i> (1-weniger als einmal, 3-mindestens dreimal)	alleine	2,22	1,494	,204
	mit PartnerIn	2,50		
	bei den Eltern	2,54		
	in einer WG	2,42		
<i>Drogenkonsum</i> (1-regelmäßig, 4-nie)	alleine	2,62	1,398	,235
	mit PartnerIn	2,53		
	bei den Eltern	2,66		
	in einer WG	2,47		

Tabelle 33. Auswirkung der Wohnsituation auf das Gesundheitsverhalten

### ***Altersunterschiede im Gesundheitsverhalten der osteuropäischen Bildungsmigranten***

Ein weiterer interessanter Unterschied, der mit Hilfe der ANOVA-Analyse geprüft werden kann, ist, ob das Alter bei den Bildungsmigranten eine signifikante und wichtige Rolle für das Gesundheitsverhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum oder Bewegung spielt.



Migranten	Alter	Mittelwert	F	p
<i>Rauchen</i> (1-praktisch täglich, 3-nie)	18 bis 20 Jahre	2,17	1,097	,335
	21 bis 23 Jahre	2,44		
	24 bis 50 Jahre	2,39		
<i>Drogenkonsum</i> (1-regelmäßig, 4-nie)	18 bis 20 Jahre	2,26	4,355	,014
	21 bis 23 Jahre	2,65		
	24 bis 50 Jahre	2,55		

Tabelle 34. Auswirkung des Alters auf das Gesundheitsverhalten

Mit der ANOVA-Analyse konnte auch aufgezeigt werden, wie sich die Variablen physische Aktivität, Rauchen, Drogenkonsum und Alkoholkonsum in den unterschiedlichen Altersgruppen bei den Migranten unterscheiden. Aus Tabelle 34 geht hervor, dass die Altersgruppen sich im Bereich des Drogenkonsums signifikant unterscheiden.

Die bis zu 20 Jahre alten Bildungsmigranten konsumieren signifikant häufiger Drogen, wie zum Beispiel Haschisch und Kokain, als die älteren Osteuropäer ( $F=4,335$ ,  $p=,014$ ). Altersunterschiede können auch beim Rauchen festgestellt werden, diese sind aber nicht signifikant. Wie in der Tabelle dargestellt ist, rauchen die jüngeren Osteuropäer häufiger als diejenigen, die älter als 21 und 23 Jahre sind.

## 6.7 . Wahrgenommener Stress im Vergleich

Der subjektiv wahrgenommene Stress wurde mit Hilfe der langen Version der deutschen Übersetzung der Perceived Stress Scale von Sheldon Cohen gemessen (PSS-14, Cohen et al, 1983). Die Skala beinhaltet vierzehn Items mit sechs Antwortmöglichkeiten von „nie“ bis „sehr oft“. Die Items sind leicht verständlich und fragen direkt und indirekt nach dem Niveau des erlebten Stresses. Die Originalskala beinhaltet vierzehn Items, es bestehen aber auch verkürzte Versionen der Skala mit nur zehn Items und vier Items, die auch eine hohe Reliabilität und Validität aufweisen. Die Skala kann zudem bei unterschiedlichen Subgruppen der Bevölkerung verwendet werden. Die Reliabilität der Skala in dieser Untersuchung ist auch als hoch zu bezeichnen (Cronbachs Alpha = .810).

Die Antworten auf die vierzehn Items bilden eine Summe, die das Niveau der wahrgenommenen Stress wiedergibt. Bei einer Summe von 24 oder mehr besteht ein hohes Niveau an wahrgenommenem Stress (Cohen et al, 1983, 1988).

### ***Unterschiede zwischen den Bildungsmigranten und den deutschen Studierenden***

Die Abbildung 45 zeigt die Unterschiede beim Niveau des wahrgenommenen Stresses zwischen der Gruppe der Bildungsmigranten und der der deutschen Studierenden.

Die Osteuropäer zeigen im Vergleich mit der Kontrollgruppe deutlich höhere summierte Werte hinsichtlich des Stressniveaus (25,39 versus 22,59), wobei die Unterschiede statistisch signifikant sind ( $p=,029$ ).

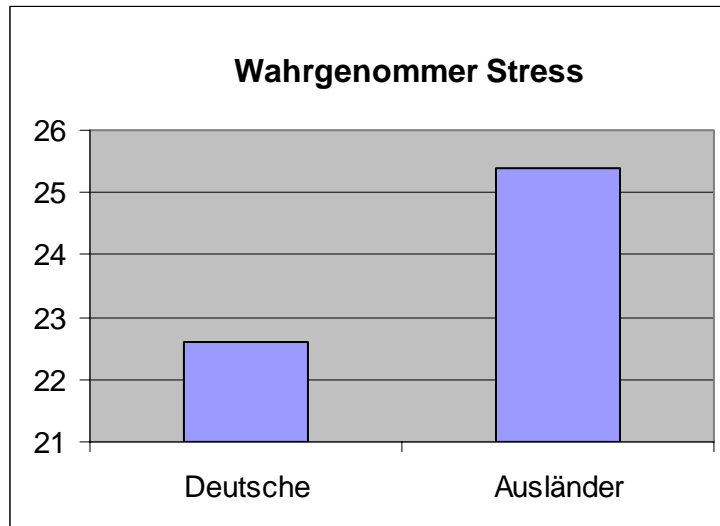


Abbildung 45. Wahrgenommener Stress. Vergleich Bildungsmigranten – Deutsche

***Geschlechtsunterschiede beim wahrgenommenen Stress bei den osteuropäischen Bildungsmigranten***

Mit Hilfe des T-Tests wurden die Unterschiede im Bereich des Stressess bei der Gruppe der Bildungsmigranten ermittelt. Die Stress-Werte sind bei den untersuchten Männern im Vergleich zu den Stress-Werten bei den untersuchten osteuropäischen Frauen niedriger (24,97 vs. 25,79), wobei das Ergebnis nicht signifikant ist ( $p=,659$ ) (s.Tabelle 35).

<b>Migranten</b>	<b>PSS Summe</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
<b>Frauen</b>	25,79	,259	,659
<b>Männer</b>	24,97		

Tabelle 35. Geschlechtsunterschiede bei dem wahrgenommenen Stress bei den untersuchten Bildungsmigranten

## 6.8. Depressive Symptomatik bei den Bildungsmigranten und bei der Kontrollgruppe

Die depressiven Symptome wurden mit Hilfe der modifizierten Modified Beck Depression Inventory (M-BDI)<sup>12</sup> (Schmitt et al., 2003, Schmitt&Maes, 2000) erhoben. In der modifizierten Version der Skala wurde die Anzahl der Items von 84 auf 20 Items verringert. Die Likert-Skala beinhaltet sechs Antwortmöglichkeiten von „nie“ bis „fast immer“.

Durch die 20 Fragen wurde die Häufigkeit von depressiven Symptomen wie Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühlen erfasst. Andere Bereiche, die in die Skala Eingang fanden, sind physische Symptome wie Appetitlosigkeit, kein Interesse an Sex und andere. Die individuelle Depression – die Summe wurde durch die Summierung der Antworten auf alle Items in der Skala gebildet. Die M-BDI hat sich für die deutschen Population als sehr valide und reliabel erwiesen. Bei einem M-BDI-Wert von 35 oder mehr liegt mit 90%er Sicherheit eine klinisch relevante Depression oder eine sehr starke depressive Symptomatik vor (Schmitt et al., 2003, Schmitt&Maes, 2000).

Im Bereich der depressiven Symptomatik ergaben sich Unterschiede nach dem Migrationsstatus. 29,3% der befragten Ausländer erreichten über 35 Punkte an depressiver Symptomatik. Im Vergleich dazu wiesen nur 16,5% der deutschen Studierenden einen M-BDI-Wert von über 35 Punkten auf. Bei 83,5% der deutschen Studierenden war keine oder nur eine niedrige depressive Symptomatik (unter 35 Punkte) feststellbar, während dies bei 70,7% der Ausländer der Fall war ( $\chi^2=4,985$ ,  $df=1$ ,  $p=,026$ ).

---

<sup>12</sup> Auf Deutsch: BDI-V (Schmitt et al., 2003, Schmitt&Maes, 2000)

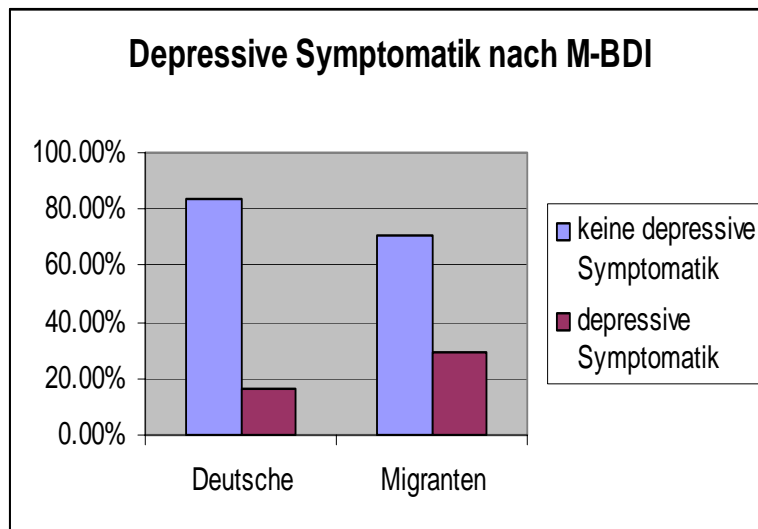


Abbildung 46. Depressive Symptomatik. Vergleich Bildungsmigranten und Deutsche

### **Geschlechtsunterschiede**

Obwohl die ausländischen Frauen leicht höhere Werte von Depression aufwiesen, wurden keine signifikanten Geschlechtsunterschiede gemessen (24,75 vs. 27,60,  $p=,433$ ) (s. Tabelle 36).

	M-BDI Summe	F	p
Frauen	27,60	1,517	,433
Männer	24,75		

Tabelle 36. Depressive Symptomatik nach Geschlecht

Auch mit Hilfe des Pearson  $\chi^2$  Tests wurde festgestellt, dass die Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern in diesem Bereich nicht signifikant sind. Über eine hohe depressive Symptomatik berichteten knapp 30% des weiblichen Geschlechts und 30% des männlichen Geschlechts ( $\chi^2=,550$ ,  $df=1$ ,  $p=,609$ ).

# 7. Kapitel

## 7. Überprüfung des Forschungsmodells

In diesem Teil der empirischen Analyse wird ein Forschungsmodell überprüft (s. Kapitel 4). Es wird getestet, wie die sozialen und finanziellen Ressourcen sowie die unterschiedlichen Stressoren (soziale, akademische, mit der Migration verbundene) die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress der osteuropäischen Bildungsmigranten beeinflussen (s. Abbildung 47).

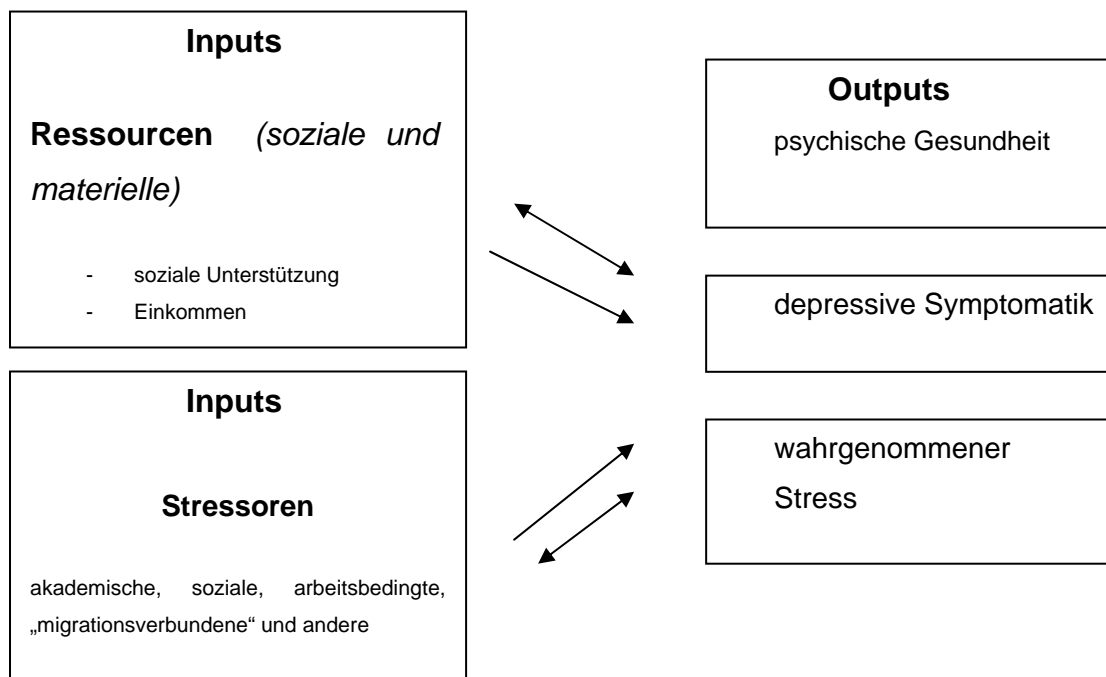


Abbildung 47. Forschungsmodell. Einfluss der Ressourcen und Stressoren auf die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress

Im Kapitel 4 „Forschungsziele und Forschungshypothesen“ wurden vier Hypothesen entwickelt, die mittels unterschiedlicher statistischer Analysen überprüft werden sollen.

Die **erste Hypothese** lautet, dass die Ressourcen der Bildungsmigranten geringer als die der Kontrollgruppe sind. Es wurde vermutet, dass die Bildungsmigranten über weniger soziale Unterstützung verfügen und über ein niedrigeres Einkommen berichten.

Diese erste Hypothese wurde für Unterschiede im Bereich der sozialen Ressourcen anhand der statistischen Analyse bestätigt (s. Kapitel 6.1.). Mit der Hilfe von Pearson Chi<sup>2</sup> Test wurde festgestellt, dass es zwischen der Bildungsmigranten und der deutschen Studierenden signifikante Unterschiede im Bereich der sozialen Unterstützung gibt. Die Osteuropäer verfügen an signifikant weniger sozialen Unterstützung (Chi<sup>2</sup>=11,345, df=3, p=,010).

Im Bereich der subjektive Einschätzung des Einkommens als ausreichend oder nicht ausreichend wurden keine signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt (Chi<sup>2</sup>=3,320, df=3, p=,345).

In diesem Teil der empirischen Analyse werden die drei anderen Hypothesen überprüft. Die statistischen Ergebnisse werden danach in dem Kapitel „Diskussion“ diskutiert. Die drei Hypothesen lauten:

### **Hypothese 2:**

Die sozialen und mit der Migration verbundenen Stressoren der Bildungsmigranten sind intensiver als die der Kontrollgruppe.

Diese Hypothese wird mit Hilfe einer Faktorenanalyse und eines T-Tests überprüft.

### **Hypothese 3:**

Die Ressourcen, sowie die sozialen und mit der Migration verbundenen Stressoren hängen mit der depressiven Symptomatik und mit dem wahrgenommenen Stress zusammen:

Ist die soziale Unterstützung hoch, zeigt sich eine geringe depressive Symptomatik/wahrgenommen Stress. Ist das Einkommen niedrig, sind die depressive Symptomatik und der wahrgenommen Stress hoch.

Sind die Stressoren stark, zeigt sich eine hohe depressive Symptomatik und einen hohen wahrgenommen Stress.

Diese Hypothese wird anhand Korrelationsanalyse überprüft.

#### **Hypothese 4:**

Die Migranten, die über weniger Ressourcen verfügen und durch intensivere Stressoren betroffen sind, zeigen ein erhöhtes Risiko für Depression und wahrgenommenen Stress.

### 7.1. Faktorenanalyse der Stressoren bei den Bildungsmigranten und bei den deutschen Studierenden

Um die unterschiedlichen Stressfaktoren zu definieren, wurde eine Faktorenanalyse der Stressoren-Skala durchgeführt. Die Skala ist eine modifizierte Version der Skala zur Messung von Stressoren des Bielefelder Gesundheitssurveys<sup>13</sup>. Zusätzlich wurden eigene Items entwickelt, um Migrationsstressoren messen zu können (Cronbachs Alpha = ,859).

Die Frage, die die Untersuchungspersonen beantworten sollten, lautete: „In welchem Ausmaß fühlen Sie sich durch folgende Bereiche belastet?“. Es wurden unterschiedliche Stressfaktoren aufgezählt: Probleme mit den Mitstudierenden, unzureichende Zeit für das Studium, Probleme mit den Eltern usw. Die Skala war sechsstufig – von „gar nicht“ bis „sehr stark“.

Zusätzliche Items wurden entwickelt, um die Stressoren, die durch die Migration verursacht wurden, erfassen zu können: Probleme mit der Sprache, kulturelle Unterschiede, Probleme mit der Kommunikation.

---

<sup>13</sup> Stock C, Krämer A. (2001): Die Gesundheit von Studierenden im Studienverlauf. Gesundheitswesen 63(Sonderheft 1):S56-S59.



				Faktor			
	Stressor "Migration"	Stressor "Soziale Beziehungen"	Stressor "Arbeits- belastung"	Stressor „Partner- schaft“	Stressor „Isolation“	Stressor „Studium“	Stressor „Berufs- perspektive“
Probleme mit der Kommunikation	,841						
kulturelle Unterschiede	,707						
Probleme mit der Sprache	,550						
Heimwehgefühle	,545						
Probleme mit den Eltern		,779					
Probleme mit den Mitstudierende		,742					
Probleme mit den Freunde		,528					
Arbeitsbelastung neben dem Studium			,765				
Unzureichende Zeit für das Studium			,648				
Arbeit bei schlechten Arbeitsbedingungen			,458				
Partnerschaft				,853			
Sexualität				,752			
Wohnungssituation				,417			
Isolation allgemein					,838		
Isolation in der Universität					,613		
Anonymität an der Universität					,525		
Klausuren, Hausarbeiten, Referate						,778	
Studium allgemein						,718	
Allgemeine Belastung						,497	
schlechte Berufsperspektive							,646
fehlender Praxisbezug des Studiums							,625

Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Tabelle 37. Faktorenanalyse der Stressoren

Durch die Faktorenanalyse wurden sieben Stressoren (Stressfaktoren) identifiziert: „Stressor Migration“ (F1), „Stressor Soziale Beziehungen“ (F2), „Stressor Arbeitsbelastung“ (F3), „Stressor Partnerschaft“ (F4) „Stressor Isolation“ (F5) „Stressor Studium“ (F6) „Stressor Berufsperspektive“ (F7). Diese sieben Stressfaktoren wiesen eine hohe Reliabilität auf.

Items, die eine Faktorladung kleiner als .400 aufwiesen, sind herausgefallen. Es handelte sich dabei um die folgenden drei Items: „Probleme mit der Gesundheit“, „finanzielle Lage“ und „anderes“.

Stressfaktoren	Reliabilität
Migration Cronbach´s Alpha (F1)	,776
soziale Beziehungen Cronbach´s Alpha (F2)	,744
Arbeitsbelastung Cronbach´s Alpha (F3)	,707
Partnerschaft Cronbach´s Alpha (F4)	,759
Isolation Cronbach´s Alpha (F5)	,729
Studium Cronbach´s Alpha (F6)	,753
Berufsperspektive Cronbach´s Alpha (F7)	,599

Tabelle 38. Reliabilität der Faktoren

Auf dem ersten **Faktor**, „**Migration**“, luden alle Items, die sich auf die Situation der Migration beziehen: „Probleme mit der Kommunikation“, „Kulturelle Unterschiede“, „Heimwehgefühle“, „Probleme mit der Sprache“ (Cronbachs Alpha = ,776).

Der zweite **Faktor**, „**Soziale Beziehungen**“, umfasste wiederum alle Items, die mit den sozialen Beziehungen der Bildungsmigranten verbunden sind: Probleme mit den Eltern, Probleme mit den Mitstudierenden, Probleme mit den Freunden (Cronbachs Alpha =,774).

Im dritten **Faktor**, „**Arbeitsbelastung**“, waren alle Items zusammengefasst, die sich auf die Arbeitsbelastung neben dem Studium beziehen: Arbeitsbelastung neben dem Studium, unzureichende Zeit für das Studium, Arbeit bei schlechten Arbeitsbedingungen (Cronbach Alpha=,707).

Am vierten **Faktor**, „**Partnerschaft**“, luden die Items, die mit der Partnerschaft verbunden und mit der Wohnsituation sind: „Partnerschaft“, „Sexualität“, „Wohnungssituation“ (Cronbach Alpha=,759)

Der fünfte **Faktor**, „**Isolation**“, umfasste wiederum alle Items alle Items, die mit der Isolation und mit der Anonymität verbunden sind: allgemeine Isolation, Isolation in der Universität, Anonymität an der Universität (Cronbachs Alpha=,727).

Auf dem sechsten **Faktor**, „**Studium**“, luden die Items, die mit dem Studium verbunden sind: „Klausuren, Hausarbeiten, Referate“, „Allgemeine Belastung“ und „Studium allgemein“ (Cronbachs Alpha=,757).

In dem siebten **Faktor**, „**Berufsperspektive**“, waren alle Items zusammengefasst, die mit der Berufsperspektive verbunden sind: „schlechte Berufsperspektive “ und „fehlender Praxisbezug des Studiums“ (Cronbachs Alpha=,599).

Alle sieben Faktoren ergaben eine sehr hohe Reliabilität (s. Tabelle 37). Die Subskalen wurden in den nächsten Analysen benutzt, um die Wirkung der Stressoren auf die anderen Variablen zu prüfen.

Die sieben Faktoren wurden zu jeweils einer Variablen umgewandelt. Die Variablen wurden wie folgt benannt: Stressor „*Migration*“, Stressor „*Soziale Beziehungen*“,

Stressor „Arbeitsbelastung“ Stressor „Partnerschaft“, Stressor „Isolation“, Stressor „Studium“ und Stressor „Berufsperspektive“.

Alle sieben Stressoren haben, wie die ursprünglichen Variablen, ein Minimum von 1 und ein Maximum von 6. Dazu wurde die Summe der zum jeweiligen Faktor gehörenden Variablen gebildet und diese durch die Anzahl der Variablen geteilt.

Um bei den Stressfaktoren die Unterschiede zwischen der Gruppe der Bildungsmigranten und den deutschen Studierenden zu prüfen, wurde ein T-Test durchgeführt.

	<b>Deutsche (Mittelwerte)</b>	<b>Migranten (Mittelwerte)</b>	<b>Sign.</b>
Stressor 1 „Migration“	1,56	2,69	<b>,000</b>
Stressor 2 „soziale Beziehungen“	1,81	1,74	,442
Stressor 3 „Arbeitsbelastung“	2,61	3,17	<b>,001</b>
Stressor 4 „Partnerschaft“	1,93	2,26	<b>,023</b>
Stressor 5 „Isolation“	2,26	2,40	<b>,050</b>
Stressor 6 „Studium“	4,12	3,92	,052
Stressor 7 „fehlender Praxisbezug“	3,49	3,46	,841

Tabelle 39. Unterschiede in den Mittelwerte der Stressoren bei den beiden Gruppen

Die Migranten zeigten eine höhere Belastung, die durch den Stressor „Migration“ (2,69 vs. 1,56,  $p=,000$ ) und den Stressfaktor „Arbeitsbelastung“ verursacht wird (3,17 vs. 2,61,  $p=,000$ ). Signifikante Unterschiede wurden auch in der Stärke des Stressors

„Isolation“ gemessen. Die ausländischen Studierenden berichteten im Vergleich mit den deutschen Studierenden über eine stärkere Belastung durch diesen Stressor (2,40 vs. 2,26,  $p=,050$ ).

Signifikante Unterschiede wurden auch in der Stärke des Stressors „Partnerschaft“ gemessen. Die ausländischen Studierenden berichteten im Vergleich mit den deutschen Studierenden über eine stärkere Belastung durch diesen Stressor (2,26 vs. 1,93,  $p=,022$ ).

Im nächsten Schritt der statistischen Analyse werden *Korrelationsanalysen* durchgeführt, um die Zusammenhänge zwischen den Stressoren, die durch die Faktorenanalyse definiert wurden, sowie der depressiven Symptomatik und dem wahrgenommenen Stress bei den osteuropäischen Bildungsmigranten, zu ermitteln.

## **7.2. Korrelationsanalyse. Zusammenhang zwischen Stressoren, Ressourcen und psychischer Gesundheit**

Die Hypothese, dass es einen Zusammenhang zwischen den sozialen, den „Migrations-“, und anderen Stressoren und der psychischen Gesundheit bei der untersuchten Gruppe von Bildungsmigranten gibt, wurde überprüft (Pearson Korrelation). In der Korrelationsanalysen wurden alle Stressoren einbezogen, sowie die abhängigen Variablen „depressive Symptomatik“ und „wahrgenommener Stress“. Es wurde überprüft, ob und wie, die Stressoren „Migration“, „soziale Beziehungen“, „Arbeitsbelastung“, „Partnerschaft“, „Isolation“, „Studium“ und „fehlender Praxisbezug“ in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit und wahrgenommen Stress bei den Bildungsmigranten stehen. Abschließend wurden die signifikanten Zusammenhänge in einem multivariaten Regressionsmodell überprüft.

Folgende Hypothesen wurden überprüft:

1. Es gibt einen Zusammenhang zwischen den Stressoren „Migration“, „soziale Beziehungen“, „Arbeitsbelastung“, „Partnerschaft“, „Isolation“, „Studium“ und „fehlender Praxisbezug“ und der depressiven Symptomatik.

2. Es gibt einen Zusammenhang zwischen den Stressoren „Migration“, „soziale Beziehungen“, „Arbeitsbelastung“, „Partnerschaft“, „Isolation“, „Studium“ und „fehlender Praxisbezug“ und dem wahrgenommenen Stress.

3. Ist die soziale Unterstützung hoch, zeigt sich eine geringe depressive Symptomatik.

4. Ist das Einkommen niedrig, sind die depressive Symptomatik und der wahrgenommene Stress hoch.

### **Zusammenhänge zwischen den Stressoren und der depressiven Symptomatik**

Der Zusammenhang zwischen den Stressoren und der depressiven Symptomatik bei den Osteuropäischen Bildungsmigranten wurde geprüft. Die ursprüngliche Hypothese lautete, dass es einen Zusammenhang zwischen den Stressoren und der depressiven Symptomatik gibt. Die Korrelationsanalyse zwischen den unterschiedlichen Stressoren und depressiver Symptomatik hat signifikante Ergebnisse ergeben (s. Tabelle 40).

	Stressor 1	Stressor 2	Stressor 3	Stressor 4	Stressor 5	Stressor 6	Stressor 7
	Migration	Soziale Beziehungen	Arbeits- belastung	Partner- schaft	Isolation	Studium	Fehlender Praxis- bezug
Depressive Sympto- matik	,502**	,272*	,158	,235*	,330**	,211	,071

\*\* Die Korrelation ist signifikant (0,01) \* Die Korrelation ist signifikant (0,05)

Tabelle 40. Zusammenhänge zwischen den Stressoren und der depressiven Symptomatik

Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen dem Stressor „Migration“ und der depressiven Symptomatik ( $r=,502$ ,  $p<,01$ ).

Die signifikante Korrelation, die zwischen dem Stressorfaktor „Migration“ und der depressiven Symptomatik gefunden wurde, bedeutet, dass bei einer Steigerung des Stressors „Migration“ auch eine Steigerung der depressiven Symptomatik eintritt. Die beiden betrachteten Merkmale „Stressor Migration“ und „depressive Symptomatik“ hängen linear mit einander zusammen (s. Abbildung 48).

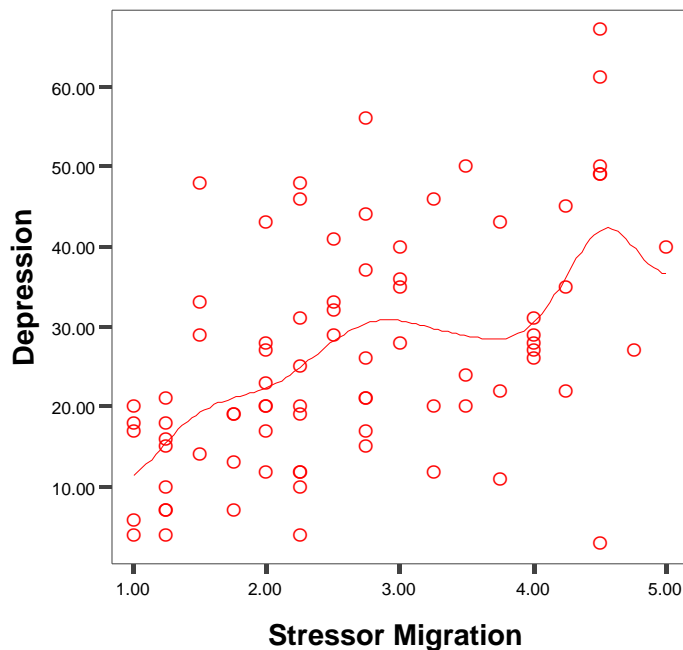


Abbildung 48. Korrelation zwischen dem Stressor „Migration“ und der depressiven Symptomatik

Einen weiteren signifikanten Zusammenhang zeichnete sich zwischen dem Stressor „Isolation“ und der depressiven Symptomatik bei den befragten Ausländern ab ( $r=,330$ ,  $p<,01$ ). Die signifikante Korrelation, die zwischen dem Stressorfaktor „Isolation“ und der depressiven Symptomatik gefunden wurde, bedeutet, dass bei einer Steigerung des Stressors „Isolation“ wird auch eine Steigerung der depressiven Symptomatik eintritt (s. Abbildung 49).

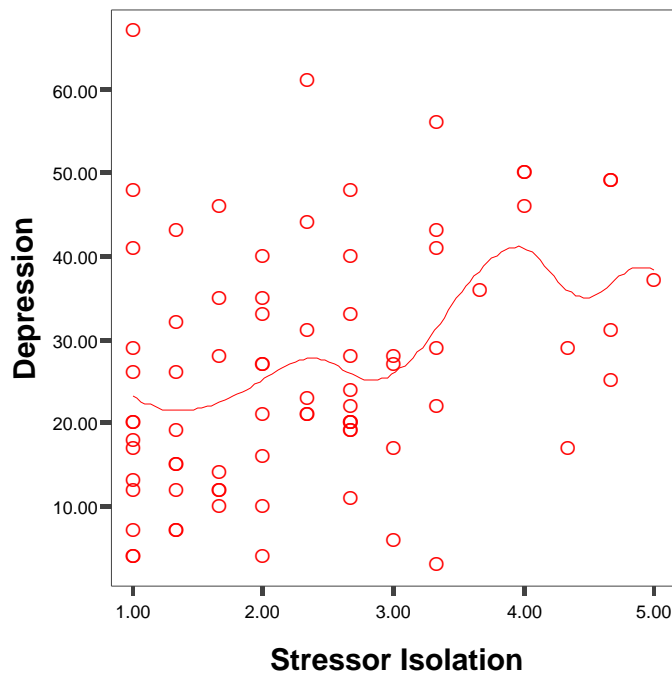


Abbildung 49. Korrelation zwischen dem Stressor „Isolation“ und der depressiven Symptomatik

Die dritte signifikante Korrelation, die aber nicht so stark bezeichnet sein kann, war die Korrelation zwischen dem Stressor „soziale Beziehungen“ und der depressiven Symptomatik ( $r=,272$ ,  $p<,05$ ). Die beiden betrachteten Merkmale „Stressor soziale Beziehungen“ und „depressive Symptomatik“ hingen linear mit einander zusammen.

Der Zusammenhang zwischen dem Stressor „Partnerschaft“ und der depressiven Symptomatik ist signifikant, aber gering ( $r=,235$ ,  $p<,05$ ).

Zwischen den anderen Stressoren und der depressiven Symptomatik wurde keinen signifikanten Zusammenhang gefunden (s. Tabelle 39).

Die Korrelation zwischen dem Stressfaktor „Arbeitsbelastung“ und der depressiven Symptomatik war nicht signifikant ( $r=,158$ ,  $p>,05$ ).



Der Zusammenhang zwischen dem Stressor „Studium“ und der depressiven Symptomatik war auch nicht signifikant ( $r=,211$ ,  $p>,05$ ). Keinen Zusammenhang wurde zwischen Stressfaktor „Fehlender Praxisbezug“ und der depressiven Symptomatik festgestellt ( $r=,071$ ,  $p>,05$ ).

### **Zusammenhänge zwischen den Stressoren und dem wahrgenommenen Stress**

Mit der Hilfe von Pearson Korrelationsanalyse wurde die Zusammenhänge zwischen den Stressoren und dem wahrgenommenen Stress bei den osteuropäischen Bildungsmigranten geprüft. Die ursprüngliche Hypothese lautete, dass es einen Zusammenhang zwischen den Stressoren und dem wahrgenommenen Stress gibt. Die Korrelationsanalyse zwischen den unterschiedlichen Stressoren und dem wahrgenommenen Stress hatte signifikante Ergebnisse für einige Zusammenhänge ergeben (s. Tabelle 41).

Es gab einen starken Zusammenhang zwischen dem Stressor „Migration“ und dem wahrgenommenen Stress ( $r=,517$ ,  $p<,01$ ).

Die signifikante Korrelation, die zwischen dem Stressorfaktor „Migration“ und dem wahrgenommenen Stress gefunden wurde, bedeutet, dass bei einer Steigerung des Stressors „Migration“ auch eine Steigerung dem wahrgenommenen Stress eintritt. Die beiden betrachteten Merkmale „Stressor Migration“ und „wahrgenommenen Stress“ hingen linear mit einander zusammen.

	Stressor 1	Stressor 2	Stressor 3	Stressor 4	Stressor 5	Stressor 6	Stressor 7
	Migration	Soziale Beziehungen	Arbeits- belastung	Partner- schaft	Isolation	Studium	Fehlender Praxis- bezug
Wahrge- nommen Stress	,517**	,183	,211*	,258**	,395**	,257*	,109

\*\* Die Korrelation ist signifikant (0,01) \* Die Korrelation ist signifikant (0,05)

Tabelle 41. Zusammenhänge zwischen den Stressoren und den wahrgenommenen Stress

Einen weiteren signifikanten Zusammenhang zeichnete sich zwischen dem Stressor „Isolation“ und dem wahrgenommenen Stress bei den befragten Ausländern ab ( $r=,395$ ,  $p<,01$ ). Die signifikante Korrelation, die zwischen dem Stressorfaktor „Isolation“ und der depressiven Symptomatik gefunden wurde, bedeutet, dass bei einer Steigerung des Stressors „Isolation“ auch eine Steigerung des wahrgenommenen Stress eintritt.

Die dritte signifikante Korrelation, war die Korrelation zwischen dem Stressor „Partnerschaft“ und dem wahrgenommenen Stress ( $r=,258$ ,  $p<,01$ ). Die beiden betrachteten Merkmale „Stressor Partnerschaft“ und „wahrgenommen Stress“ hingen linear mit einander zusammen.

Der Zusammenhang zwischen dem Stressor „Studium“ und dem wahrgenommenen Stress war signifikant, aber sehr gering ( $r=,257$ ,  $p<,05$ ). Das gleiche galt für den Zusammenhang zwischen dem Stressor „Arbeitsbelastung“ und dem wahrgenommenen Stress ( $r=,211$ ,  $p<,05$ ).

Zwischen den anderen Stressoren und dem wahrgenommenen Stress wurden keine signifikanten Zusammenhänge gefunden (s. Tabelle 41).

### ***Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und der depressiven Symptomatik***

Mit der Hilfe von Spearmans Korrelationsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und der depressiven Symptomatik bei den osteuropäischen Bildungsmigranten geprüft. Die ursprüngliche Hypothese lautete: Ist die soziale Unterstützung hoch, zeigt sich eine geringe depressive Symptomatik.

Die Korrelationsanalyse zwischen der sozialen Unterstützung Stressoren und der depressiven Symptomatik hat signifikante Ergebnisse ergeben ( $r=-,301$ ,  $p<,01$ ).

Der Korrelationskoeffizient zwischen der sozialen Unterstützung und der depressiven Symptomatik war negativ. Die ursprüngliche Hypothese hat sich bestätigt. Bei einer hohen sozialen Unterstützung, zeigte sich eine geringe depressive Symptomatik (s. Tabelle 42).

## **Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und dem wahrgenommenen Stress**

Mit der Hilfe von Spearmans Korrelationsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und dem wahrgenommenen Stress bei den Osteuropäischen Bildungsmigranten geprüft. Es gab keine signifikanten Zusammenhänge ( $r=-,168$ ,  $p>,05$ ) (Tabelle 42).

	Soziale Unterstützung
Depressive Symptomatik	-,301**
Wahrgenommen Stress	-,168

\*\* Die Korrelation ist signifikant (0,01)

Tabelle 42. Korrelation zwischen der sozialen Unterstützung und der depressiven Symptomatik/den wahrgenommenen Stress

## **Zusammenhang zwischen dem Einkommen und der depressiven Symptomatik**

Mit der Hilfe von Spearmans Korrelationsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen dem selbsteingeschätzten Einkommen<sup>14</sup> und der depressiven Symptomatik bei den osteuropäischen Bildungsmigranten geprüft. Die Korrelationsanalyse hat keine signifikanten Ergebnisse ergeben. Kein signifikantern Zusammenhang zwischen den beiden Variablen wurde festgestellt ( $r=,201$ ,  $p>,05$ ) (Tabelle 43).

---

<sup>14</sup> Das Einkommen wurde anhand des Items „Als wie ausreichend schätzen Sie das Ihnen zur Verfügung stehende Geld ein?“ untersucht. Es bestehen vier Antwortmöglichkeiten: „völlig ausreichend“ „ausreichend“ „weniger ausreichend“ „gar nicht ausreichend“

	Einkommen
Depressive Symptomatik	,201
Wahrgenommenen Stress	,122

Tabelle 43. Korrelation zwischen dem Einkommen und der depressiven Symptomatik/den wahrgenommenen Stress

### ***Zusammenhang zwischen dem Einkommen und dem wahrgenommenen Stress***

Mit der Hilfe von Spearmans Korrelationsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen dem selbsteingeschätzten Einkommen und dem wahrgenommenen Stress bei den osteuropäischen Bildungsmigranten geprüft. Die Korrelationsanalyse hat keine signifikanten Ergebnisse ergeben. Es wurde kein signifikantern Zusammenhang zwischen den beiden Variablen festgestellt ( $r=,122$ ,  $p>,05$ ) (Tabelle 43).

### ***Zusammenfassung der Ergebnisse der Korrelationsanalyse***

Ziel der durchgeführten Korrelationsanalysen war, die Zusammenhänge zwischen den Stressoren, den Ressourcen und der depressiven Symptomatik und dem wahrgenommenen Stress zu untersuchen.

Signifikante Zusammenhänge ergaben sich zwischen den Stressoren „Migration“, „Soziale Beziehungen“, „Isolation“ und der depressiven Symptomatik.

Signifikante Zusammenhänge wurden auch zwischen den Stressoren „Migration“, „Isolation“, „Partnerschaft“ und dem wahrgenommenen Stress festgestellt.

Ein signifikanter Zusammenhang wurde zwischen der sozialen Unterstützung und der depressiven Symptomatik festgestellt, wobei der Korrelationskoeffizient negativ war. Das bedeutet, dass je höher die soziale Unterstützung war, desto niedriger war die depressive Symptomatik.

Die signifikanten Ergebnisse der bivariaten Analysen wurden in multivariate Modelle einbezogen.

### **7.3. Regressionsanalyse. Einfluss der Stressoren und Ressourcen auf die depressive Symptomatik und auf den wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten**

Die signifikanten Ergebnisse der bivariaten Analyse wurden in multivariate logistische Modelle einbezogen, um die kausalen Effekte der Ressourcen und Stressoren auf die depressive Symptomatik und auf den wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten zu prüfen.

Mit Hilfe binärer logistischer Regression wird in vier multivariaten Modellen überprüft, wie soziale Unterstützung als Ressource und die Stressoren „Migration“, „Isolation“, „soziale Beziehungen“ und „Partnerschaft“ die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten beeinflussen. Das Ergebnis dieser statistischen Analyse wird durch Odds Ratios (ORs) ausgedrückt. Die ORs geben Auskunft, wie die Einflussvariablen das Risiko für depressive Symptomatik und für wahrgenommenen Stress erhöhen oder verringern.

#### **1. Einfluss der Stressoren „Migration“, „soziale Beziehungen“ und „Isolation“ auf die depressive Symptomatik bei den Bildungsmigranten**

Bei allen drei Einflussvariablen „Stressor Migration“, „Stressor Soziale Beziehungen“, „Stressor Isolation“ wurden die statistischen Ergebnisse durch die logistische Regressionsanalyse ausgewiesen (s. Tabelle 44). Es wurde in einem multivariaten statistischen Modell überprüft, ob und wie diese Variablen die depressive Symptomatik der osteuropäischen Bildungsmigranten beeinflussen. Die depressive Symptomatik wurde in zwei Kategorien umkodiert: „keine depressive Symptomatik“ (weniger als 35 Punkte nach M-BDI) (Kode 0) und „hohe Depressive Symptomatik“ (mehr als 35 Punkte nach M-BDI) (Kode 1).

Die Variable „Stressor“ wurde auch in zwei Kategorien umkodiert: „kein Stressor“ (weniger als 2,5 Punkte) und „hoher Stressor“ (größer als 2,5 Punkte).

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass es einen signifikanten Einfluss des Stressors „Migration“ auf die depressive Symptomatik gibt ( $p=,000$ ). Die Migranten, die hoch durch den Stressor „Migration“ belastet sind, zeigen ein 4,5-fach erhöhtes Risiko,

eine Depression zu entwickeln im Vergleich zu Migranten, die nicht durch diesen Stressor belastet sind (OR=4,51, p=,000).

Charakteristika	OR	95.0%KI	Sign. (p)
<b>Stressor „Migration“</b>			
kein	1,00		
hoch	4,51	2,15-9,46	,000
<b>Stressor „Soziale Beziehungen“</b>			
kein	1,00		
hoch	1,64	0,71-3,76	,245
<b>Stressor „Isolation“</b>			
kein	1,00		
hoch	1,59	0,77-3,27	,211

Tabelle 44. Das erste multivariate Modell. Einfluss der Stressoren „Migration“, „Soziale Beziehungen“ und „Isolation“ auf die depressive Symptomatik

Auch Personen mit Problemen im Hinblick auf soziale Beziehungen oder Isolation haben ein höheres Risiko für depressive Symptome. Die ORs zeigen, dass Migranten, die hoch durch den Stressor „Soziale Beziehungen“ belastet sind, ein um 60% erhöhtes Risiko haben, eine Depression zu entwickeln, verglichen mit Migranten, die nicht durch diesen Stressor belastet sind (OR=1,64, p=,245). Ein ähnlich hohes Risiko wurde auch für Migranten errechnet, die durch den Stressor „Isolation“ belastet sind (OR=1,59, p=,211), im Vergleich zu Migranten, die sich nicht von Isolation betroffen sahen. Jedoch waren diese Ergebnisse nicht signifikant (p=,245, p=,211).

Die Ergebnisse anhand dieses multivariaten Modells zeigen, dass der Stressor „Migration“ der maßgebliche Einflussfaktor für die Entwicklung einer hohen depressiven Symptomatik ist (OR=4,51, p=,000).

## 2. Einfluss der Stressoren und der sozialen Unterstützung auf die depressive Symptomatik bei den Bildungsmigranten

In dem zweiten multivariaten Modell wird überprüft, ob und wie die soziale Unterstützung und die Stressoren „Migration“, „Soziale Beziehungen“ und „Isolation“ die depressive Symptomatik bei den Bildungsmigranten beeinflussen. Die soziale Unterstützung wurde auch in zwei Kategorien umkodiert „niedrige Soziale Unterstützung“ – oder Unterstützung von weniger als 3 Personen, und „hohe soziale Unterstützung“ – Unterstützung, von drei oder mehrere Personen.

Charakteristika	OR	95.0%KI	Sign. (p)
<b>Stressor „Migration“</b> kein hoch	1,00 4,00	1,87-8,52	<b>,000</b>
<b>Stressor „Soziale Beziehungen“</b> kein hoch	1,00 1,73	0,74-4,05	,204
<b>Stressor „Isolation“</b> Kein hoch	1,00 1,58	0,76-3,29	,218
<b>Soziale Unterstützung</b> Niedrige hohe	1,00 0,52	0,25-0,92	<b>,045</b>

Tabelle 45. Das zweite multivariate Modell. Einfluss der sozialen Unterstützung und der Stressoren „Migration“, „Soziale Beziehungen“, „Isolation“ auf die depressive Symptomatik

Die Ergebnisse der durchgeführten multivariaten logistischen Regressionsanalyse haben gezeigt, dass in einem multivariaten Regressionsmodell der Stressor „Migration“ und der Faktor „soziale Unterstützung“ einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „depressive Symptomatik“ ausüben ( $p=,000$ ,  $p=,045$ ).

Die Migranten, die hoch durch den Stressor „Migration“ belastet sind, zeigen ein 4-fach erhöhtes Risiko, eine hohe depressive Symptomatik zu entwickeln im Vergleich zu Migranten, die nicht durch diesen Stressor belastet sind ( $OR=4,00$ ,  $p=,000$ )

Migranten, die einen hohen Grad an sozialer Unterstützung aufweisen, haben ein um 50% geringeres Risiko, eine hohe depressive Symptomatik zu entwickeln im Vergleich zu Migranten, die niedrige soziale Unterstützung haben (OR=0,52, p=,045).

Auch Personen die Probleme im Bereich ihrer sozialen Beziehungen angaben, oder solche, die unter Isolation litten, zeigen tendenziell ein höheres Risiko für depressive Symptomatik (OR=1,73; OR=1,58). Auch hier waren die Ergebnisse nicht signifikant (p=,204, p=,218).

Die Ergebnisse anhand dieses multivariaten Modells zeigen, dass der Stressor „Migration“ der maßgebliche Einflussfaktor für die Entwicklung einer hohen depressiven Symptomatik war (OR=4,00, p=,000).

Auch die soziale Unterstützung zeigt sich als ein wichtiger Einflussfaktor bezüglich depressiver Symptomatik. Migranten, die einen hohen Grad an sozialer Unterstützung aufweisen, haben ein deutlich geringeres Risiko, eine hohe depressive Symptomatik zu entwickeln, verglichen mit Migranten, die niedrige soziale Unterstützung haben (OR=0,52, p=,045).

### **3. Einfluss der Stressoren „Migration“, „Partnerschaft“ und „Isolation“ auf den wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten**

Im dritten multivariaten Modell wird überprüft, ob und wie die Stressoren „Migration“, „Partnerschaft“ und „Isolation“ den wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten beeinflussen.

Die Variable „wahrgenommener Stress“ wurde in zwei Kategorien umkodiert: „kein wahrgenommener Stress“ (weniger als 24 Punkte nach PSS-14) (Kode 0) und „hoher wahrgenommener Stress“ (mehr als 24 Punkte nach PSS-14) (Kode 1).



Charakteristika	OR	95.0%KI	Sign. (p)
<b>Stressor „Migration“</b>			
kein	1,00		
hoch	1,38	0,74-2,64	,324
<b>Stressor „Partnerschaft“</b>			
kein	1,00		
hoch	1,59	0,86-2,96	,140
<b>Stressor „Isolation“</b>			
kein	1,00		
hoch	1,96	1,07-3,25	<b>,029</b>

Tabelle 46. Das dritte multivariate Modell. Einfluss der Stressoren „Migration“, „Partnerschaft“ und „Isolation“ auf den wahrgenommenen Stress

Die Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalyse zeigen, dass in einem multivariaten logistischen Regressionsmodell der Faktor „Isolation“ einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable ausübt (OR=1,86, p=,029).

Die Migranten, die hoch durch den Stressor „Isolation“ belastet sind, zeigen ein 2-fach erhöhtes Risiko für wahrgenommenen Stress im Vergleich zu Migranten, die nicht durch diesen Stressor belastet sind (OR=1,96, p=,029).

Auch Personen mit Problemen in der Partnerschaft und solche, die durch den Stressor „Migration“ hoch belastet sind, haben ein erhöhtes Risiko für wahrgenommenen Stress (OR=1,59; OR=1,38) im Vergleich zu Bildungsmigranten, die nicht von diesen Stressoren betroffen sind. Jedoch zeigen diese Berechnungen keine signifikanten Ergebnisse (p=,140, p=,324).

Die Ergebnisse dieses multivariaten Modells zeigen, dass der Stressor „Isolation“ der maßgebliche Einflussfaktor für den wahrgenommenen Stress ist (OR=1,96, p=,029).

#### 4. Einfluss der sozialen Unterstützung und der Stressoren auf den wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten

Im vierten multivariaten logistischen Regressionsmodell wird überprüft, ob und wie die soziale Unterstützung und die Stressoren „Migration“, „Partnerschaft“ und „Isolation“ den wahrgenommenen Stress bei Bildungsmigranten beeinflussen.

Die Ergebnisse der multivariaten Analyse zeigen, dass der Faktor „Isolation“ einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable ausübt ( $p=,025$ ) (s. Tabelle 47).

Die Migranten, die hoch durch den Stressor „Isolation“ belastet sind, zeigen ein 2-fach erhöhtes Risiko für wahrgenommenen Stress im Vergleich zu Migranten, die nicht durch diesen Stressor belastet sind ( $OR=1,90$ ,  $p=,025$ ).

Charakteristika	OR	95,0%KI	Sign. (p)
<b>Stressor „Migration“</b>			
kein	1,00		
hoch	1,45	0,75-2,80	,273
<b>Stressor „Partnerschaft“</b>			
kein	1,00		
hoch	1,49	0,80-2,80	,212
<b>Stressor „Isolation“</b>			
kein	1,00		
hoch	1,90	1,08-3,34	<b>,025</b>
<b>Soziale Unterstützung</b>			
hohe	1,00		
niedrige	0,88	0,49-1,58	,669

Tabelle 47. Das vierte multivariate Modell. Einfluss der sozialen Unterstützung und der Stressoren „Migration“, „Partnerschaft“ und „Isolation“ auf den wahrgenommenen Stress

Auch Migranten, die hoch durch die Stressoren „Migration“ und „Partnerschaft“ belastet sind, zeigen ein erhöhtes Risiko für wahrgenommenen Stress, verglichen mit Migranten, die nicht durch diese Stressoren belastet sind (OR=1,45; OR=1,49). Jedoch sind diese Ergebnisse nicht signifikant ( $p=,273$ ,  $p=,212$ ). Bildungsmigranten, die einen hohen Grad an sozialer Unterstützung aufweisen, haben ein moderat geringeres Risiko für wahrgenommenen Stress im Vergleich zu Migranten, die niedrige soziale Unterstützung berichten (OR=0,88). Auch hier zeigen sich keine signifikanten Werte ( $p=,669$ ).

Die Ergebnisse dieses multivariaten Modells zeigen, dass der Stressor „Isolation“ den stärkste Einfluss auf den wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten hat. (OR=1,90,  $p=,025$ ).

## **Zusammenfassung der Ergebnisse der Regressionsanalyse**

In den ersten zwei multivariaten Modellen, die die Einflussvariablen für depressive Symptome beleuchten, hat der Stressor „Migration“ den stärksten Einfluss bei den Bildungsmigranten. Die Migranten, die hoch durch den Stressor „Migration“ belastet sind, zeigen ein deutlich erhöhtes Risiko eine Depression zu entwickeln, im Vergleich zu Migranten, die nicht durch diesen Stressor belastet sind (1. Modell: OR=4,51,  $p=,000$ ; 2. Modell OR=4,00,  $p=,000$ ).

Auch die soziale Unterstützung zeigte sich als ein wichtiger Einflussfaktor für die Entwicklung depressiver Symptome. Im zweiten Modell, in dem auch der Einfluss von sozialer Unterstützung auf die Entwicklung depressiver Symptome untersucht wurde, kann bei den Bildungsmigranten, die einen hohen Grad an sozialer Unterstützung haben, ein deutlich geringeres Risiko für Depression konstatiert werden, verglichen mit Migranten, die geringe soziale Unterstützung haben (OR=0,52,  $p=,045$ ).

Die Ergebnisse der dritten und vierten multivariaten Analysen, die die Prädiktoren für wahrgenommenen Stress untersuchen, zeigen, dass der Stressor „Isolation“ den stärksten Einfluss auf wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten hat. Die Migranten, die hoch durch den Stressor „Isolation“ belastet sind, zeigen ein rund 2-fach erhöhtes Risiko für wahrgenommenen Stress im Vergleich zu Migranten, die nicht durch diesen Stressor belastet sind (3. Modell: OR=1,94, p=,029; 4. Modell: OR=1,90, p=,025).

Auch im vierten Modell zeigte sich die soziale Unterstützung als ein protektiver Faktor, obschon das Ergebnis nicht signifikant ist. Die ORs weisen darauf hin, dass die Bildungsmigranten, die einen hohen Grad an sozialer Unterstützung aufweisen, ein moderat geringeres Risiko für wahrgenommenen Stress haben, im Vergleich zu Migranten, die niedrige soziale Unterstützung berichten (OR=0.88).

# Kapitel 8

## 8. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Hauptziel dieser Untersuchung war es, Erkenntnisse über die psychische Gesundheit von osteuropäischen Bildungsmigranten zu gewinnen. Ein weiteres Ziel war es, Erkenntnisse über die sozialen und materiellen Ressourcen sowie über die Stressoren der Bildungsmigranten zu erlangen und zu überprüfen, ob und wie sie deren psychische Gesundheit und den wahrgenommenen Stress beeinflussen.

Es wurde auch versucht, einen besseren Blick auf die psychosomatischen Beschwerden, die Zufriedenheit, den von den Probanden eingeschätzten Gesundheitszustand und andere Bereiche der gesundheitlichen und sozialen Situation der Bildungsmigranten im Vergleich mit den deutschen Studierenden zu erhalten. Dabei war es ein Ziel, die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Ressourcen sowie des Ausmaßes der Stressoren miteinander zu vergleichen.

Eine wichtige Voraussetzung, um die Probleme der Migranten besser erkennen zu können, sind regelmäßige empirische Untersuchungen. Die Studierenden aus Osteuropa bilden mit mehr als 65.000 Personen knapp 30% aller Bildungsmigranten in Deutschland (HIS, 2005). Zum jetzigen Zeitpunkt muss jedoch konstatiert werden, dass ein Mangel an Untersuchungen bezüglich der psychischen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens osteuropäischer Bildungsmigranten, die einen großen Anteil aller ausländischen Studierenden in Deutschland ausmachen, besteht.

Die Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Studie erfolgt in zwei Hauptteilen. Im ersten Teil der Diskussion werden die wichtigsten Ergebnisse der deskriptiven Analyse und der T-Test Analyse vorgestellt. Im zweiten Teil werden die Ergebnisse des untersuchten Forschungsmodells vorgestellt und diskutiert.

## 8.1. Teil 1. Diskussion der deskriptiven Analyse und der Vergleichsanalyse

### ***Diskussion der Ergebnisse der deskriptiven Analyse***

Mithilfe der deskriptiven Analyse war es möglich, demographische und soziale Daten der untersuchten Gruppe der osteuropäischen Bildungsmigranten und der Kontrollgruppe zu erhalten. Aus den deskriptiven Daten geht hervor, dass der größte Teil der untersuchten Osteuropäer aus Russland, Polen, der Ukraine und Bulgarien stammt. Der Rest kommt aus osteuropäischen Ländern wie Serbien, Kroatien, Rumänien, Ungarn und weiteren Ländern in Osteuropa. Mehr als 60% der befragten Osteuropäer und Deutschen waren weiblichen Geschlechts. Die Mehrheit der untersuchten Osteuropäer, nämlich 60,2%, gehört zudem der christlichen Religion an. Mehr als 30% der Ausländer gaben hingegen an, keiner Religion anzugehören und nur knapp 9,0% der Ausländer fühlten sich dem Islam oder einer anderen Religion zugehörig.

Im Bereich der Wohnsituation wurden signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt ( $p=,000$ ). Der größte Teil der Ausländer wohnt alleine oder in einer Wohngemeinschaft. Im Vergleich dazu wohnen mehr als 36% der untersuchten deutschen Studierenden bei ihren Eltern. Dieses Ergebnis kann ein Indikator dafür sein, dass die Anforderungen an die ausländischen Studierenden, die selbständig wohnen, deutlich größer sind. Sie müssen im Vergleich zu den deutschen Studierenden, die häufig noch auf die Unterstützung ihrer Eltern zurückgreifen können, mit finanziellen und anderen Probleme alleine zurechtkommen.

Das Einkommen wurde anhand von zwei unterschiedlichen Fragen gemessen. Bei der Frage, ob die Probanden ihr Einkommen als ausreichend oder nicht ausreichend einschätzen würden, wurden keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt ( $p=,345$ ). Mehr als 30% der befragten Ausländer und der deutschen Studierenden schätzen ihr Einkommen als weniger ausreichend und mehr als 13% als gar nicht ausreichend ein.

Bei der zweiten Frage wurde nach dem monatlichen Einkommen abzüglich der Miete gefragt. Dabei ließen sich mit Hilfe des Pearson Chi<sup>2</sup> Test keine signifikanten Unterschiede feststellen ( $p=,578$ ). Ein großer Teil der Osteuropäer (19,5%) hat ein sehr geringes Einkommen, bis 150 Euro monatlich, abzüglich der Miete angegeben. Im Vergleich dazu gaben nur 11,6% der Gruppe der deutschen Studierenden an, über solch ein niedriges Einkommen zu verfügen.

Die Ergebnisse zeigen, dass fast ein Fünftel der befragten Osteuropäer über deutlich geringere finanzielle Ressourcen verfügt.

### ***Soziale Unterstützung im Vergleich***

Interessante Unterschiede wurden im Bereich der sozialen Unterstützung festgestellt. Die osteuropäischen Bildungsmigranten verfügen im Vergleich zu den untersuchten deutschen Studierenden über signifikant weniger soziale Unterstützung ( $p=,010$ ). Mehr als 8% der Osteuropäer berichteten, dass sie nur eine Person kennen würden, die hilfreich und unterstützend in problematischen Situationen sein kann (vs. 2% der deutschen Kontrollgruppe). Mehr als 30% der Ausländer verfügen über nur zwei oder drei unterstützende Personen. Knapp 59% der Ausländer im Vergleich zu 74% der deutschen Studierenden berichten, dass sie mehr als drei Personen kennen, die sie unterstützen, wenn es ihnen emotional schlecht geht.

Untersuchungen anderer Gruppen von ausländischen Studierenden haben auch deutliche Unterschiede im Bereich der sozialen Unterstützung nachgewiesen (Krämer et al., 2000). Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die soziale Unterstützung bei jungen, ausländischen Frauen signifikant niedriger als bei den deutschen Frauen war. In dieser Untersuchung wurde deutlich, dass Afrikanerinnen und Afrikaner aus Ländern der Subsahara sowie Ostasiatinnen und Ostasiaten subjektiv die geringste soziale Unterstützung erhalten. Zu ihrer sozialen Integration in die Gruppe der Deutschen befragt, gab die Gruppe der Ostasiaten an, die geringste Anzahl deutscher Freundinnen und Freunde zu haben (Krämer et al., 2000).

Es kann zusammengefasst werden, dass für einen großen Anteil der befragten osteuropäischen Bildungsmigranten ein Mangel an sozialen Ressourcen in Form von sozialer Unterstützung besteht. Eine wichtige Frage ist, ob und wie die soziale

Unterstützung die psychische Gesundheit der Bildungsmigranten beeinflusst. Diese Frage soll anhand des im zweiten Teil der Diskussion vorgestellten Forschungsmodells beantwortet werden.

### ***Ausbildung der Eltern und Motivation***

Signifikante Unterschiede wurden auch im Bereich der Ausbildung der Eltern festgestellt. Es war sehr auffallend, dass Osteuropäer, die zum Studium nach Deutschland kommen, aus Familien mit einem höheren sozialen Status stammen. Fast 40% der Eltern der befragten osteuropäischen Bildungsmigranten haben ein abgeschlossenes (Fach-)Hochschulstudium und mehr als 20% der Eltern verfügen über eine (Fach-)Hochschulreife. Der hohe soziale Status der Eltern beeinflusst aber nicht die finanzielle Situation der osteuropäischen Studierenden, die sich im Bereich der finanziellen Ressourcen nicht signifikant von der Kontrollgruppe unterscheiden. Zwischen beiden befragten Gruppen waren keine signifikanten Unterschiede im Bereich der Motivation, gute Leistungen an der Universität zu erbringen, feststellbar. Im gleichen Ausmaß wie für die deutschen Studierenden ist es auch für die befragten osteuropäischen Bildungsmigranten wichtig, gute Leistungen an der Universität zu erbringen ( $p=,060$ ).

### ***Psychische Gesundheit: Depressive Symptomatik im Vergleich***

Im Bereich der depressiven Symptomatik ergaben sich signifikante Unterschiede nach dem Migrationsstatus. 29,3% der befragten Ausländer zeigten im Vergleich zu 16,5% der befragten deutschen Studierenden eine hohe depressive Symptomatik (über 35 Punkte nach M-BDI). Das bedeutet, dass 83,5% der deutschen Studierenden im Vergleich zu 70,7% der Ausländer ( $\text{Chi}^2=4,985$ ,  $\text{df}=1$ ,  $p=,026$ ) keine depressive Symptomatik (unter 35 Punkte) auswiesen.

Die Ergebnisse zeigen, dass fast ein Drittel der befragten Ausländer an einer hohen depressiven Symptomatik leidet. Dabei stellt sich die wichtige Frage, welche Faktoren Einfluss auf die depressive Symptomatik der Bildungsmigranten haben. Dieser Frage wird im zweiten Teil der Diskussion nachgegangen.



In anderen Untersuchungen, in denen die psychische Gesundheit von Migranten in Deutschland erforscht wurde, konnten auch signifikante Migrationseffekte im Bereich der depressiven Symptomatik nachgewiesen werden (Siefen, 2002, Pfeiffer, 1996). Siefen hat zum Beispiel die depressive Symptomatik bei jungen Aussiedlern aus Osteuropa und deutschen Jugendlichen verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass die deutschen Jugendlichen in diesem Bereich signifikant niedrigere Werte als die in Deutschland lebenden osteuropäischen Aussiedler aufwiesen. Signifikante Unterschiede wurden auch im Bereich der Ängstlichkeit festgestellt; bei den Jugendlichen aus Osteuropa waren deutlich höhere Werte nachweisbar (Siefen, 2002). Auch Pfeiffer konnte signifikante Migrationseffekte im Bereich der psychischen Symptome bei jungen Ausländern feststellen. Er nennt Verstimmungszustände, Depressionen, psychovegetative Störungen und Suizidhandlungen als häufige Anpassungsreaktion bei jugendlichen Migranten (Pfeiffer, 1996).

Die Studie von Loof (2002) weist in die gleiche Richtung. Der Forscher konnte nachweisen, dass hochsignifikante Unterschiede im Bereich der depressiven Symptomatik zwischen polnischen Aussiedlern und gleichaltrigen Deutschen, die nicht ausgewandert waren, existieren. Die Ausländer mit Migrationshintergrund wiesen im Vergleich zu den untersuchten Einheimischen deutlich höhere Depressionswerte auf (Loof, 2002).

### *Geschlechtsunterschiede*

Bei den osteuropäischen Bildungsmigranten wurden im Bereich der depressiven Symptomatik keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts festgestellt ( $p=.433$ ). Der Anteil an Männern und Frauen mit einer hohen depressiven Symptomatik war gleich groß (über 35 Punkte nach M-BDI) ( $p=.609$ ).

Auch in der Studie von Loof (2002) konnten keine signifikanten Geschlechtsunterschiede im Bereich der Depressivität zwischen den weiblichen und männlichen Aussiedlern in Deutschland nachgewiesen werden (Loof, 2004).

Die Ergebnisse amerikanischer Untersuchungen haben gezeigt, dass die weiblichen Studierenden häufiger als ihre männlichen Kommilitonen an einer depressiven Symptomatik leiden. Die hohe depressive Symptomatik der Untersuchten wurde mit einem hohen Niveau von psychosozialem Stress assoziiert (Avison&McAlpine, 1992). Pawlik und Hankin zufolge vergrößern sich die Unterschiede in Hinblick auf das Geschlecht im Bereich der depressiven Symptomatik zwischen dem Jugendalter und dem Erwachsenenalter, wobei der größte Anstieg für das weibliche Geschlecht zwischen 16 und 18 Jahre gemessen wurde (Hankin et al, 1998). Eine Erklärung dafür kann sein, dass Frauen – wie in der gesundheitspsychologischen Literatur beschrieben – emotionaler sind und offener über ihre Gefühle sprechen. Für die Gruppe der Frauen ist es typischer als für die der Männer, sich offen zu ihren Problemen zu äußern (Pawlik, 1996).

Es kann zusammengefasst werden, dass in dieser Untersuchung zwar signifikante Unterschiede zwischen Bildungsmigranten und Einheimischen auftraten, dass aber keine signifikanten Geschlechtsunterschiede nachgewiesen werden konnten. Ein deutlich größerer Anteil an Ausländern zeigte höhere Werte depressiver Symptomatik als die befragten Deutschen. Der Einfluss unterschiedlicher Faktoren auf die depressive Symptomatik bei den untersuchten Ausländern wurde in einem Forschungsmodell getestet und im zweiten Teil der Diskussion vorgestellt.

### ***Wahrgenommener Stress im Vergleich***

Signifikante Unterschiede im Bereich des wahrgenommenen Stresses wurden zwischen der Gruppe der Migranten und der Kontrollgruppe gemessen. Die Bildungsmigranten haben im Vergleich zu den deutschen Studierenden signifikant höhere Werte an wahrgenommenem Stress ( $p=,029$ ). Die berechnete Stress-Summe der Osteuropäer (PSS=25,39) ist deutlich höher als die der Kontrollgruppe und entspricht einem hohen Niveau an wahrgenommenem Stress nach der Normierung von Sheldon Cohen (Cohen et al, 1983, 1988).

Es kann vermutet werden, dass sich die höheren Werte durch die unterschiedlichen sozialen, akademischen und mit der Migration verbundenen Stressoren ergeben. Die Unterschiede bezüglich des wahrgenommenen Stresses können auch als

Anregung dienen, um bessere Interventionsstrategien und Förderungsprogramme im Bereich der mentalen Gesundheit der Bildungsmigranten zu entwickeln. Die Rolle, die die Stressoren bei den Bildungsmigranten im Bereich des wahrgenommenen Stress spielen, wird im zweiten Teil der Diskussion mit Hilfe eines Forschungsmodells geprüft.

Weiterhin wurden auch Geschlechtsunterschiede bezüglich des wahrgenommenen Stress innerhalb der Gruppe der Bildungsmigranten getestet. Auch wenn die Bildungsmigrantinnen im Vergleich zu den osteuropäischen Männern leicht höhere Werte an wahrgenommenem Stress aufwiesen, waren diese Unterschiede nicht signifikant ( $p=,659$ ).

Auch Sheldon Cohen hat in einer Reihe von Untersuchungen an amerikanischen Universitäten zeigen können, dass Frauen tendenziell über ein höheres Niveau von Stress berichten als Männer (Cohen et al., 1988).

In einer anderen Studie konnten ebenfalls signifikante Unterschiede in Hinblick auf den psychosozialen Stress von deutschen und ausländischen Jugendlichen in Deutschland nachgewiesen werden (Dill, Höfer, Keupp, 1999). Deutlich mehr der untersuchten jungen Migranten litten verglichen mit den deutschen Befragten unter starkem psychosozialen Stress. Die Gruppe der Mädchen wies innerhalb der Gruppe der Migranten und der der Einheimischen signifikant höhere Stress-Werte auf (Dill, Höfer, Keupp, 1999).

Es kann zusammengefasst werden, dass die Untersuchung im Bereich des wahrgenommenen Stress zwar signifikante Unterschiede zwischen Bildungsmigranten und Einheimischen, aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern zutage brachte. Der Einfluss unterschiedlicher Faktoren auf den wahrgenommen Stress bei Ausländern wird anhand einer Regressionsanalyse geprüft und im zweiten Teil der Diskussion analysiert und zusammengefasst.

### ***Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Gesundheitszustands. Veränderungen im Laufe des letzten Jahres***

Ein relativ großer Prozentsatz der befragten Bildungsmigranten (15,3%) schätzte seinen allgemeinen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht ein. Im Vergleich dazu bezeichneten lediglich 10% der Kontrollgruppe ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht. Es konnten aber mit Hilfe des Chi<sup>2</sup>-Tests keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in diesem Bereich identifiziert werden ( $p=,360$ ).

Signifikante Unterschiede ergaben sich jedoch im Bereich der subjektiv wahrgenommenen Veränderungen des Gesundheitszustands im letzten Jahr. Mehr als 22% der befragten Osteuropäer haben berichtet, dass sich ihr Gesundheitszustand im Laufe des letzten Jahres ihres Aufenthalts in Deutschland verschlechtert hat. Im Vergleich dazu hat sich die Gesundheit nur bei 10% der deutschen Befragten aus der Kontrollgruppe verschlechtert ( $p=,003$ ).

Ein relativ großer Teil der osteuropäischen Bildungsmigranten (22%) waren also der Ansicht, dass sich ihr Gesundheitszustand während des Aufenthalts außerhalb ihrer Heimat und während des Studiums verschlechtert hat.

### ***Wünsche***

Sehr interessante Ergebnisse ergaben die deskriptiven Daten im Bereich der materiellen, sozialen und weiteren Wünsche der Bildungsmigranten. Auffällig ist, dass sich mehr als 30% der befragten osteuropäischen Bildungsmigranten Gesundheit wünscht. Die Gesundheit hat offensichtlich den größten immateriellen Wert für diese Gruppe von Ausländern. Andere wichtigen Wünsche, welche von einem großen Anteil der Migranten genannt wurden, waren eine gute Familie, Frieden und Liebe. Der größte Anteil der befragten Osteuropäer priorisierte Gesundheit in einer Reihenfolge von unterschiedlichen materiellen und immateriellen Wünschen.

## **Gesundheitsverhalten**

Positiver sind die Ergebnisse im Bereich des Rauchens – mehr als 60% der untersuchten deutschen und ausländischen Studierenden haben in den letzten drei Monaten nicht geraucht. Keine signifikanten Unterschiede wurden in der Intensität des Rauchens zwischen den beiden untersuchten Gruppen festgestellt.

Interessante Ergebnisse und Tendenzen ergaben sich im Bereich des Drogenkonsums bei beiden untersuchten Gruppen. Die ausländischen Studierenden probieren und konsumieren Drogen signifikant seltener als ihre deutschen Kommilitonen ( $p=,014$ ). Ein Grund und eine Erklärung für die Unterschiede in diesem spezifischen Verhalten könnten die erhöhten finanziellen Belastungen und der Mangel an materiellen und finanziellen Ressourcen bei einem großen Teil der Osteuropäer sein. Weitere mögliche Erklärungen könnten die kulturellen Unterschiede sowie die Unterschiede in der Erziehung sein. Auch der hohe Isolationsgrad könnte einen der möglichen Gründe darstellen.

Der Faktor Geschlecht hat eine hoch signifikante Wirkung auf das Rauchverhalten der untersuchten Osteuropäer ( $p=.003$ ). Die Ergebnisse der Varianzanalyse machten deutlich, dass die männlichen Bildungsmigranten signifikant häufiger als die weiblichen Zigaretten, Pfeifen und Zigarren konsumieren. Dementsprechend zeigten die Mittelwerte im Bereich Rauchen bei den osteuropäischen Frauen, dass das weibliche Geschlecht viel seltener raucht. Diese Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit einer Gesundheitsprävention im Bereich Rauchen besonders bei den Männern.

Keine wichtige Rolle für den Bereich der körperlichen Bewegung spielt die Variable Geschlecht. Positiv zu bewerten ist das Ergebnis, dass die osteuropäischen Frauen fast genauso häufig körperlich aktiv sind (Sport, körperliche Arbeit etc.) wie die osteuropäischen Männer ( $p=,122$ ).

Die bis zu 20 Jahre alten Bildungsmigranten konsumieren deutlich häufiger Drogen, wie zum Beispiel Haschisch und Kokain, als die älteren Osteuropäer ( $p=,014$ ). Eine

der möglichen Erklärungen für die Altersunterschiede kann in der höheren Risikobereitschaft und der Neugier (sowie dem Wunsch nach Experimenten) der Jüngeren gesucht werden.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass Präventionsmaßnahmen notwendig sind, um dem Rauchen besonders bei der Gruppe der Männer entgegenzuwirken. Die anderen Gruppen von Studierenden könnten sich hinsichtlich des Drogenkonsums an den ausländischen Studierenden orientieren, da diese sich im Umgang mit Drogen verantwortungsbewusster zeigen.

### ***Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der T-Test-Analyse***

Mit Hilfe der T-Test-Analyse war es möglich, Erkenntnisse über den Mittelwert intervallskalierter Variablen zu gewinnen und die Mittelwerte der Gruppe der Bildungsmigranten mit denen der Kontrollgruppe zu vergleichen.

### ***Zufriedenheit im Vergleich***

Interessante Hinweise erbrachten die Ergebnisse in Hinblick auf die Zufriedenheit im Bereich der sozialen Integration und der sozialen Kontakte. In allen sozialen Bereichen weist die deutsche Kontrollgruppe in puncto Zufriedenheit höhere Werte auf. Die Osteuropäer sind weniger zufrieden mit ihrem Freundeskreis ( $p=,023$ ), mit den Kontakten mit der Familie und mit den Eltern ( $p=,005$ ) sowie im Bereich der Partnerschaft ( $p=,014$ ). Auffällig sind auch die Ergebnisse im Bereich der Zufriedenheit mit der Integration an der Universität; Ausländer sind demnach was ihre Integration anbetrifft deutlich weniger zufrieden ( $p=,014$ ). Keine Unterschiede wurden zwischen den beiden Gruppen im Bereich der Zufriedenheit mit der Wahl des Studienfachs, mit den Berufsperspektiven oder mit der Wohnung festgestellt.

Im Bereichen wie Zufriedenheit mit der Gesundheit ( $p=,050$ ) oder Sexualität ( $p=,014$ ) weisen die deutschen Studierenden im Vergleich mit den osteuropäischen Bildungsmigranten jedoch höhere Werte an Zufriedenheit auf.

Überraschend ist das Ergebnis, dass die Osteuropäer signifikant unzufriedener mit der politischen Situation in Ihrer Heimat sind, insofern nicht, als dass die politischen

und wirtschaftlichen Probleme in Osteuropa als Motiv für die Migration in den Westen gedient haben ( $p=,030$ ). Mit der schwierigen wirtschaftlichen Lage in Osteuropa in den letzten 20 Jahren könnten auch die Unterschiede im Bereich der Zufriedenheit mit der wirtschaftlichen Situation in Deutschland interpretiert werden. Die Migranten zeigen eine signifikant höhere Zufriedenheit mit der wirtschaftlichen Situation in Deutschland als die Kontrollgruppe ( $p=,015$ ).

Es kann zusammengefasst werden, dass deutliche Unterschiede im Bereich der Zufriedenheit zwischen der Gruppe der Migranten und der deutschen Studierenden bestehen. Besonders auffällig sind die Unterschiede in der Zufriedenheit mit der sozialen Umwelt und der Integration, bei der die Ausländer sich deutlich unzufriedener fühlen.

In aktuellen Studien zur Zufriedenheit bei Migranten in Deutschland wurde festgestellt, dass die Migranten, die gut integriert sind und gute sprachliche Kompetenzen haben, auch eine höhere Zufriedenheit mit ihrer sozialen Umwelt zeigen (Sen, Halm, Sauer, 2005). Die sprachlichen Kompetenzen beeinflussen deutlich die Zufriedenheit der Migranten. Die Migranten, die sprachlich kompetenter sind, sind auch zufriedener mit ihrer Integration (Sen, Halm, Sauer, 2005). Die Ergebnisse der Studie weisen auf die Wichtigkeit der Integration und der Verbesserung der sprachlichen Kompetenzen hin, Faktoren, die die Zufriedenheit mit dem Umfeld beeinflussen.

### ***Unterschiede bezüglich der Stressoren***

Migrationsspezifische Unterschiede wurden auch im Bereich der Stärke der unterschiedlichen Stressoren festgestellt, die zu einer Belastung führen. Es wurden vierundzwanzig Stressoren unterschiedlichster Art unterschieden – soziale, akademische, finanzielle, mit der Migration verbundene und andere Stressoren.

Auffällig sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen im Bereich der Belastungen, die durch Isolation, Partnerschaft und Sexualität entstehen.

Im Bereich der allgemeinen Isolation ( $p=,039$ ) und der Isolation in der Universität weisen die Osteuropäer deutlich höhere Werte an Belastung auf ( $p=,042$ ).

Bei den osteuropäischen Bildungsmigranten ergaben sich auch signifikant höhere Werte an Belastungen im Bereich der Partnerschaft ( $p=,050$ ) und Sexualität ( $p=,020$ ). Sie zeigten außerdem eine deutlich höhere Belastung durch finanzielle Probleme ( $p=,018$ ). Noch stärker sind die Unterschiede im Bereich der Arbeitsbelastung, wobei sich die Osteuropäer signifikant stärker belastet fühlen ( $p=,000$ ).

Schlechte Berufsperspektiven und die Unsicherheit bezüglich der Zukunft belasten die beiden Gruppen fast gleich, wobei dieser Stressor große Mittelwerte an Belastung auslöst ( $p=,211$ ). Auch der akademische Stressor „Studium“ belastet die beiden Gruppen in fast gleichem Maße, wobei dieser Stressor große Mittelwerte an Belastung auslöst ( $p=,332$ ). Durch Klausuren und Referate fühlen sich die beiden Gruppen hoch belastet, wobei die deutschen Studierenden höhere Mittelwerte an Belastung aufwiesen ( $p=,005$ ).

Die osteuropäischen Bildungsmigranten empfinden neben den sozialen, finanziellen und akademischen Belastungen auch eine signifikant höhere Belastung durch Kommunikationsprobleme ( $p=,005$ ), durch kulturelle Unterschiede ( $p=,000$ ), Heimwehgefühle ( $p=,000$ ) und Probleme mit der Sprache ( $p=,000$ ).

Es kann zusammengefasst werden, dass sich die osteuropäischen Bildungsmigranten außer durch die akademischen, sozialen und finanziellen Belastungen, auch durch migrationsverbundene Stressoren belastet fühlen, wobei die Unterschiede zu den deutschen Studierenden in diesem Bereich gravierend ausfallen. Eine wichtige Frage ist, ob und wie diese zusätzlichen Stressoren die psychische Gesundheit und den wahrgenommenen Stress der Ausländer beeinflussen.

In Studien aus den USA, die sich mit Stressoren bei Studierenden befassen, konnte nachgewiesen werden, dass die Stressoren bei den Studierenden verschiedener Natur sein können. Goodman zufolge können in amerikanischen Universitäten vier Kategorien von Stressoren unterschieden werden: akademische, finanzielle und solche, die mit einem Mangel an Zeit oder mit einer Verschlechterung der Gesundheit verbunden sind („academic“, „financial“, time related“ or „health related“) (Goodman, 1993).



Auch Lee (Lee et al., 2005) nennt in einer qualitativen Studie sechs Stressoren, die bei der Gruppe der Studierenden auftraten. Die am häufigsten genannten Stressoren waren laut Lee: Planung der Karriere („future career plan“), finanzielle Probleme („finance“) und interpersonale Beziehungen („interpersonal relationships“). Stressoren wie Intimität („intimate relationship“), persönliches Erscheinungsbild („personal appearance“) und persönliche Leistung („personal achievement and goal setting“) wurden von den Probanden hingegen nicht so oft angegeben. Zu den akademischen Stressoren, die am häufigsten von den Studierenden genannt wurden, zählen: Leistungen und Konkurrenz („grades and competition“), Karriere und zukünftiger Erfolg („career and future success“) und hohe Ansprüche sowie hoher Termindruck („too many demands ad meeting deadlines“) (Lee et al., 2005).

Es fehlt derzeit noch an Untersuchungen, die die sozialen und mit der Migrationssituation verbundenen Stressoren bei osteuropäischen Migranten in Deutschland untersucht, es wurden aber solche durchgeführt, die den Stressoren bei türkischen Migranten nachgehen (Firat, 1995). Firat hat in einer Studie, die in Bielefeld durchgeführt wurde, die Stressoren bei türkischen Arbeitsmigranten erforscht. Die Forscherin konnte bei dieser Gruppe Stressoren wie „Konfrontation mit Ungewöhnlichkeit, Zeitdruck, Selbstwertbedrohung, Orientierungsunsicherheit, Entfremdungsangst und Sprachschwierigkeit“ identifizieren (Firat, 1995).

### ***Unterschiede in den psychosomatischen Beschwerden***

Ein weiterer untersuchter Bereich, der mit der Gesundheit der Studierenden verbunden ist, sind die psychosomatischen Symptome. In diesem Bereich traten bei den beiden untersuchten Gruppen besonders Müdigkeit, Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten und Nervosität häufig auf (Kapitel 6.2.).

Die osteuropäischen Bildungsmigranten leiden signifikant häufiger an Symptomen wie Atembeschwerden ( $p=,034$ ), Schlafstörungen ( $p=,050$ ), Sprachstörungen ( $p=,000$ ) und Verstopfung ( $p=,002$ ). Die deutschen Studierenden leiden im Gegensatz dazu signifikant häufiger an Kreuz- oder Rückenschmerzen ( $p=,043$ ), Müdigkeit ( $p=,009$ ), Durchfall ( $p=,013$ ) und Nacken- oder Schulterschmerzen ( $p=,000$ ).

Für beide Gruppen wurde festgestellt, dass es drei psychosomatische Symptome gibt, bei denen sie deutlich hohe Mittelwerte aufwiesen: An erster Stelle steht die Müdigkeit, an zweiter Stelle stehen Kopfschmerzen und an dritter Stelle Konzentrationsschwierigkeiten. Keine Unterschiede wurden zwischen Ausländern und Deutschen im Bereich der Stimmungsschwankungen ( $p=,731$ ) und der Nervosität ( $p=,818$ ) festgestellt – beide Gruppen haben hierunter in gleicher Intensität zu leiden.

In anderen Untersuchungen, in denen psychosomatische Beschwerden bei Deutschen und Ausländern erforscht wurden, konnten deutliche Migrationseffekte in Bereichen wie Magensymptome, Beschwerdedruck und Erkältungssymptome nachgewiesen werden. Bei allen gemessenen psychosomatischen Beschwerden wiesen die Ausländer deutlich höhere Mittelwerte auf (Siefen, 2002).

Psychosomatische Störungen bei Migranten und insbesondere bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind seit langer Zeit ein wichtiges Forschungsthema in Deutschland (Collatz et al, 1977, Hellbrügge, 1988). Die Untersuchungen von Collatz und seinen Mitarbeitern haben gezeigt, dass unterschiedliche soziale Faktoren wie Trennungserfahrungen, Wohnverhältnisse und Schulprobleme als Risikofaktoren für ein häufiges Auftreten von zahlreichen psychosomatischen Symptomen und Erkrankungen angesehen werden können (Collatz et al, 1977). Hellbrügge sieht zum Beispiel einen Zusammenhang zwischen sozialem Wandel und Stress bis hin zur Entwicklung von psychosomatischen Syndromen (Hellbrügge, 1988).

### ***Geschlechtsunterschiede***

Interessante Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern ergaben sich im Bereich der psychosomatischen Symptome. Hochsignifikante Geschlechtsunterschiede bei der Gruppe der Ausländer wurden hinsichtlich vieler psychosomatischer Symptome festgestellt, wobei das weibliche Geschlecht deutlich höhere Mittelwerte aufwies.

Bei der Gruppe der osteuropäischen Frauen waren höhere Werte im Bereich der Nervosität und Unruhe feststellbar ( $p=,035$ ). Auch in Bereichen wie Herzrasen und Schwindel wiesen Frauen höhere Werte auf ( $p=,045$ ). Signifikante

Geschlechtsunterschiede wurden zudem im Bereich der Kopfschmerzen berechnet. Die osteuropäischen Frauen zeigten im Vergleich mit den osteuropäischen Männern deutlich höhere Werte ( $p=,009$ ). Die osteuropäischen Bildungsmigrantinnen haben auch in stärkerem Maße als ihre männlichen Kommilitonen aus Osteuropa Unterleibbeschwerden angegeben ( $p=,009$ ).

Auch Siefen (2002) konnte signifikante Geschlechtsunterschiede bei psychosomatischen Beschwerden junger polnischer Aussiedler in Deutschland feststellen. Bei den polnischen Mädchen ergaben sich signifikant höhere Werte bei der Magensymptomatik, bei der Erschöpfungssymptomatik und bei dem Beschwerdendruck als bei den männlichen polnischen Aussiedlern (Siefen, 2002).

Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts bei psychosomatischen Beschwerden wurden auch durch Untersuchungen bei deutschen Studierenden und Jugendlichen festgestellt (Allgöwer, 2000, Kolip, Nordlohne & Hurrelmann, 1995). Allgöwer konnte bei der Gruppe der deutschen Studierenden Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei allen psychosomatischen Symptomen beobachten. Konzentrationsschwierigkeiten zum Beispiel wurden besonders häufig bei der Gruppe der Frauen gemessen (30,5% vs. 19,7%), das Gleiche gilt für Schlafstörungen (22,1% vs. 11,2%) und alle anderen psychosomatischen Symptome (Allgöwer, 2000).

Durch den bundesweiten Jugendgesundheitssurvey aus den 90er Jahren konnte nachgewiesen werden, dass unter den psychosomatischen Symptomen, die deutsche Jugendliche haben, Symptome wie Kopfschmerzen, Unruhe und Nervosität sowie Kreuz- und Rückenschmerzen sowie Konzentrationsschwierigkeiten vorherrschen. Bei allen Symptomen sind dabei auch deutliche Geschlechtsunterschiede festzustellen. Die Symptome, die bei den Mädchen dominieren, treten bei den Jungen nicht so häufig auf (Kolip, Nordlohne & Hurrelmann, 1995).

Es kann zusammengefasst werden, dass die hohen Werte bei psychosomatischen Beschwerden wie Müdigkeit, Nervosität und Konzentrationsschwierigkeiten sowohl

bei der Gruppe der ausländischen als auch bei der Gruppe der deutschen Studierenden besondere Aufmerksamkeit benötigen. Dabei wird die Notwendigkeit deutlich, Präventionsmaßnahmen für diese Gruppen durchzuführen. Die Präventionsmaßnahmen sollten besonders Frauen als Zielgruppe in den Blick nehmen, weil diese deutlich höhere Werte in vielen psychosomatischen Bereichen aufweisen.

Im nächsten Teil der Diskussion steht die psychische Gesundheit der Bildungsmigranten im Mittelpunkt. Es wird überprüft, welche Faktoren – Ressourcen und Stressoren – die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress der untersuchten Ausländer beeinflussen.

Die vorgestellten Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit, die Präventionsmaßnahmen hinsichtlich der mentalen Gesundheit von Bildungsmigranten zukommt. Es sollen daher im Folgenden auch Hinweise für diesen Bereich entwickelt werden.

## 8.2. Teil 2. Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse des Forschungsmodells

Eines der wichtigsten Ziele dieser empirischen Untersuchung war es, einen besseren Einblick in die psychische Gesundheit und den wahrgenommenen Stress von osteuropäischen Bildungsmigranten zu erhalten.

Ein weiteres Ziel der Untersuchung war die Identifizierung der wichtigsten Stressoren und Ressourcen, die einen Einfluss auf die psychische Gesundheit und auf den wahrgenommenen Stress bei osteuropäischen Bildungsmigranten haben.

In diesem Teil der Diskussion werden die Ergebnisse des Forschungsmodells vorgestellt und das Testen der Hypothesen diskutiert. Es werden danach konkrete Vorschläge zur Verbesserung der psychischen und sozialen Lage der osteuropäischen Bildungsmigranten gemacht.

## **1. Soziale und finanzielle Ressourcen der Bildungsmigranten im Vergleich**

Die erste aufgestellte Hypothese lautete, dass die sozialen und finanziellen Ressourcen der Bildungsmigranten geringer als die der Kontrollgruppe seien. Es wurde vermutet, dass die Bildungsmigranten über weniger soziale Unterstützung und über ein niedrigeres Einkommen verfügten.

Diese erste Hypothese konnte, was die sozialen Ressourcen anbetrifft, verifiziert werden. Mit Hilfe der Vergleichsanalyse (Pearson Chi<sup>2</sup> Test) wurde festgestellt, dass es zwischen den Bildungsmigranten und den deutschen Studierenden signifikante Unterschiede im Bereich der sozialen Unterstützung gibt. Die Osteuropäer verfügen über deutlich weniger soziale Unterstützung ( $p=,010$ ).

Im Bereich der subjektiven Einschätzung, ob das Einkommen als ausreichend oder nicht ausreichend eingeschätzt wurde, konnten hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden ( $p=,345$ ).

Die Ergebnisse dieser Studie reihen sich in die anderer Studien in Bezug auf die soziale Unterstützung von Ausländern in Deutschland ein, wonach Bildungsmigranten im Vergleich zu den Einheimischen über deutlich geringere soziale Ressourcen verfügen (Krämer et al., 2000, David et al, 2002). Die geringe soziale Unterstützung ist nicht nur bei jüngeren Ausländern, sondern auch bei älteren Migranten ein Problem für deren Integration (Matthäi, 2006).

Auch zahlreiche amerikanische Studien, die sich mit den sozialen Ressourcen von Migranten beschäftigt haben, haben das Ergebnis bestätigt, dass Migranten über eine deutlich geringere soziale Unterstützung als die Einheimischen verfügen (Yang et al, 2007, Singh et al., 2007). Laut vielen Gesundheits- und Stressuntersuchungen spielen die sozialen Ressourcen nicht nur für die psychische, sondern auch für die physische Gesundheit eine wichtige Rolle (Badura, 1981, House et al., 1988, Rodriguez&Cohen, 1998 ).

## **2. Stressoren bei den Bildungsmigranten und bei der Kontrollgruppe**

Die zweite Hypothese lautete, dass die sozialen und die mit der Migrationssituation verbundenen Stressoren der Bildungsmigranten intensiver seien als die der Kontrollgruppe.

### **Ergebnisse der Faktorenanalyse der Stressoren**

Mittels der Faktorenanalyse wurden bei den osteuropäischen Bildungsmigranten und den deutschen Studierenden als Kontrollgruppe sieben Hauptstressoren festgestellt. Der erste Stressor, „*Migration*“, beinhaltet Items wie „Probleme mit der Kommunikation“, „Kulturelle Unterschiede“, „Heimwehgefühle“, „Probleme mit der Sprache“. Der Stressor „*Soziale Beziehungen*“ beinhaltet Probleme im Bereich der sozialen Beziehungen: Probleme mit den Eltern, Probleme mit den Mitstudierenden, Probleme mit den Freunden. Die Arbeitsbelastung neben dem Studium, unzureichende Zeit für das Studium, Arbeit bei schlechten Arbeitsbedingungen wurde in dem Stressor „*Arbeitsbelastung*“ zusammengefasst.

Im vierten Faktor, „*Partnerschaft*“, gingen alle Items, die mit der Partnerschaft verbunden und mit der Wohnsituation waren, ein: „Partnerschaft“, „Sexualität“, „Wohnungssituation“. Im fünften Faktor „*Isolation*“, wurden alle Items zusammengefasst, die im Zusammenhang mit Isolation und Anonymität stehen: allgemeine Isolation, Isolation und Anonymität an der Universität. Alle Items, die sich auf das Studium bezogen, finden sich unter dem sechsten Faktor, „*Studium*“: „Klausuren, Hausarbeiten, Referate“, „Allgemeine Belastung“ und „Studium allgemein“.

Der letzte Stressor wurde als „*Berufsperspektive*“ bezeichnet. Er fasst die Items zusammen, die mit dem Bereich Berufsperspektive verbunden waren: „schlechte Berufsperspektive“ und „fehlender Praxisbezug des Studiums“.

## ***Ergebnisse der Vergleichsanalyse der Stressoren***

Interessante Ergebnisse wurden bei beiden Gruppen durch die Vergleichsanalyse (mittels der T-Test-Analyse) der Stärke der Stressoren festgestellt. Die zweite Hypothese wurde für vier der untersuchten Stressoren bestätigt. Hochsignifikante Unterschiede konnten für die Stressoren „Migration“, „Isolation“, „Arbeitsbelastung“ und „Partnerschaft“ nachgewiesen werden.

Die Bildungsmigranten zeigten im Vergleich zu den deutschen Studierenden eine deutlich höhere Belastung durch den Stressor „Migration“ ( $p=,000$ ). Die Osteuropäer fühlen sich außerdem sehr viel stärker durch sprachliche Schwierigkeiten, durch die kulturelle Anpassung und durch Kommunikationsprobleme belastet.

Auch bei dem Stressor „Isolation“ wiesen die Bildungsmigranten im Vergleich mit der Kontrollgruppe deutlich höhere Werte auf ( $p=,050$ ). Offensichtlich fühlen sich die Migranten an der Universität in stärkerem Maße isoliert und leiden stärker unter der Anonymität und einer allgemeinen Isolation außerhalb ihrer Heimat.

Ähnliche Unterschiede sind beim Stressor „Partnerschaft“ feststellbar. Die osteuropäischen Bildungsmigranten wiesen deutlich höhere Werte im Bereich der Belastung durch Probleme in der Partnerschaft und in der Sexualität auf ( $p=,023$ ). Auch die Werte des Stressors „Arbeitsbelastung“ sind bei der Gruppe der Ausländer signifikant höher ( $p=,001$ ). Offensichtlich sind die mit der Arbeit verbundenen Stressoren bei den Bildungsmigranten intensiver als die der Kontrollgruppe. Die Werte der Belastung durch eine Arbeit neben dem Studium, durch unzureichende Zeit und durch schlechte Arbeitsbedingungen sind bei den Migranten signifikant höher als bei den untersuchten deutschen Studierenden.

Bei den Stressoren „fehlender Praxisbezug“ ( $p=,841$ ), „Studium“ ( $p=,052$ ) und „soziale Beziehungen“ ( $p=,442$ ) wurden keine deutlichen Unterschiede zwischen den Bildungsmigranten und den deutschen Studierenden festgestellt. Offensichtlich sind beide Gruppen in gleichem Maße von Problemen im Studium, von einem fehlenden Praxisbezug des Studiums und von Problemen mit Mitstudierenden betroffen.

Es kann zusammengefasst werden, dass die zweite Hypothese für vier der sieben Stressoren verifiziert werden konnte. Die Stressoren „Migration“, „Isolation“, „Arbeitsbelastung“ und „Partnerschaft“ wurden durch die Bildungsmigranten intensiver empfunden als in der Kontrollgruppe.

In weiteren Untersuchungen über Stressoren bei Migranten in Deutschland wurde eine erhöhte emotionale Anspannung bei jungen Ausländern wegen eines geringeren Selbstwertgefühls und geringerer sozialer Interaktionen festgestellt (Mansel et al., 1993).

In einigen Studien, in denen Stressoren bei jungen Migranten in den Vereinigten Staaten untersucht wurden, konnten Faktoren wie Isolation und geringe soziale Unterstützung durch die Familie als die wichtigsten Risikofaktoren identifiziert werden, die bei der untersuchten Gruppe zu psychologischem Distress führten (Aguilera-Guzman et al., 2004).

Einer Studie von Lee (2007) zufolge sind Isolation, aber auch sprachliche Barrieren, und Einsamkeit die Hauptstressoren bei erwachsenen asiatischen Migranten in den USA. Auch finanzielle Probleme und Diskriminierungen wurden von der untersuchten Gruppe von Migranten als starke Stressoren empfunden (Lee, 2007).

Selten und seine Mitarbeiter fassen die Hauptstressoren bei Migranten in England und in den Niederlanden, die das Risiko, an psychischen Leiden zu erkranken, erhöhen, wie folgt zusammen: Soziale Isolation, Diskriminierungen und finanzielle Probleme sind für diese Gruppe die wichtigsten Stressoren (Selten et al., 2007).

Für Anthropologen wie Blakey (1994) gehören soziale Isolationsprozesse zu den belastendsten Erlebnissen beim Menschen. Bei ausgegrenzten Minoritäten führt die Isolation zum Beispiel zu einer chronisch erhöhten Stressbelastung, die sich negativ auf die physische und psychische Gesundheit auswirken kann (Machleidt, 2007). Migranten, die drogenabhängig sind, beschreiben Diskriminierung und Isolation als die wesentlichen Stressoren, die zu ihrer Abhängigkeit führten (Hunner et al, 2001).

Migranten, die sozial integriert sind und eine Arbeit haben, sind weniger von Depressionen und anderen psychischen Störungen betroffen als Ausländer, die arbeitslos und isoliert sind (Grüsser et al., 2005)

Machleidt (2007) fasst die Ergebnisse europäischer Studien zusammen, in denen typische Stressoren bei Migranten untersucht wurden. Demnach führen die Konfrontation mit dem Fremden sowie die Isolation zu Ängsten und Aggressionen und auch zu höheren Raten an Depressionen. Migranten fühlen sich häufig von den neuen Erfahrungen und Belastungen überfordert. Die erhöhten Raten an psychischen Störungen sind nach Machleidt ein Versuch, sich selbst vor diesen



neuen Erfahrungen und Belastungen zu schützen. Es geht dabei um den Verlust der Werte der Heimatkultur und der vertrauten kulturellen Einbettung, die verarbeitet werden muss. Machleidt fasst auch die Ergebnisse seiner eigenen qualitativen Studie zur Gesundheit und sozialen Lage von Migranten aus den GUS-Staaten zusammen, die nach Deutschland ausgewandert sind. Die Befragten nannten die Einsamkeit, das Heimweh, Kommunikationsschwierigkeiten und die Isolation als die stärksten Faktoren, die zu psychischen Belastungen führen (Machleidt, 2007).

### ***3. Korrelationsanalyse. Zusammenhänge zwischen Stressoren, Ressourcen und depressiver Symptomatik***

Die dritte Hypothese lautete, dass die Ressourcen sowie die sozialen und mit der Migration verbundenen Stressoren mit der depressiven Symptomatik und mit dem wahrgenommenen Stress zusammenhängen. Diese Hypothese kann auch wie folgt dargestellt werden:

Ist die soziale Unterstützung hoch, zeigt sich eine geringe depressive Symptomatik bzw. ein als gering wahrgenommener Stress. Ist das Einkommen niedrig, sind die depressive Symptomatik und der wahrgenommene Stress hoch. Sind die Stressoren stark, zeigt sich eine hohe depressive Symptomatik und ein hoher wahrgenommener Stress.

Die Ergebnisse der durchgeführten Korrelationsanalyse haben interessante Zusammenhänge aufgezeigt. Signifikante Zusammenhänge ergaben sich zwischen den Stressoren „Migration“ ( $r=,502$ ), „Soziale Beziehungen“ ( $r=,272$ ), „Isolation“ ( $r=,330$ ) und der depressiven Symptomatik. Für diese drei Stressoren hat sich die Hypothese für den Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik bestätigt.

Offensichtlich korreliert die Isolation bei den Bildungsmigranten deutlich und positiv mit der depressiven Symptomatik. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch andere Forscher, die sich mit verschiedenen Gruppen von Migranten in Europa beschäftigt haben. Die soziale Isolation und die Arbeitslosigkeit konnten beispielsweise als wesentliche Ursachen für die Häufigkeit von depressiven Symptomen und anderer psychischer Symptome bei marokkanischen Migranten in Belgien identifiziert werden (Fossion et al., 2002). Nach Aspinall (2002) korreliert die hohe soziale

Isolation bei irischen Migranten in England deutlich mit Suizidgedanken und einer depressiven Symptomatik (Aspinall, 2002).

Auch der Stressor „soziale Beziehungen“, der Komponenten wie Probleme mit den Freunden und Kollegen beinhaltet, hängt signifikant mit der depressiven Symptomatik zusammen. Die Konflikte mit Personen, zu denen eine enge Beziehung besteht, und das Fehlen einer vertrauensvollen Beziehung sind bedeutsame Faktoren bei der Entstehung depressiver Symptome (Brown&Harris, 1978).

Nicht erstaunlich ist, dass der Stressor „Migration“, der Komponenten wie sprachliche Schwierigkeiten, Kommunikationsprobleme und Probleme mit der Anpassung an eine neue Kultur beinhaltet, auch deutlich mit der depressiven Symptomatik zusammenhängt. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch Machleidt bei Migranten aus den GUS-Staaten, die nach Deutschland ausgewandert waren. Die Befragten nannten die Einsamkeit, das Heimweh, Kommunikationsschwierigkeiten und die Isolation als die stärksten Stressoren, die in Zusammenhang mit ihrer Depressivität stehen (Machleidt, 2007).

In Untersuchungen von Migranten in England wurde festgestellt, dass diese an einem höheren Maß an Angst und Depressivität litten. Die soziale Isolation und finanzielle Probleme korrelierten hoch signifikant mit den psychischen Störungen (Silvera & Ebrahim, 1998).

### *Soziale Unterstützung, Einkommen und depressive Symptomatik*

Zwischen den finanziellen Ressourcen (Einkommen) und der depressiven Symptomatik bei der osteuropäischen Bildungsmigranten wurde kein signifikanter Zusammenhang festgestellt ( $r=,201$ ,  $p<.05$ ). Offensichtlich hängt die selbstberichtete finanzielle Lage der Ausländer nicht so stark mit ihrer psychischen Gesundheit zusammen.

Interessant wurden die Ergebnisse der Korrelation zwischen der sozialen Unterstützung und der depressiven Symptomatik. Ein signifikanter Zusammenhang wurde zwischen der sozialen Unterstützung und der depressiven Symptomatik festgestellt, wobei der Korrelationskoeffizient negativ war ( $r= -,301$ ). Das bedeutet, dass je höher die Quantität der sozialen Unterstützung, desto niedriger wird die depressive Symptomatik.

Die epidemiologische Forschung hat einen hohen Zusammenhang zwischen der Quantität der sozialen Unterstützung und der subjektiven Befindlichkeit wie z.B. Depressivität aufgezeigt. Die Personen, die über eine höhere soziale Unterstützung verfügen und einen Partner haben, weisen auch die geringsten Werte im Bereich der Depressionen und auch die besten Werte an Zufriedenheit auf (Myers, 2000).

### *Zusammenhänge zwischen Stressoren, Ressourcen und wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten*

Ein starker Zusammenhang besteht zwischen dem Stressor „Migration“ und dem wahrgenommenen Stress ( $r=,517$ ). Die signifikante Korrelation, die zwischen dem Stressorfaktor „Migration“ und dem wahrgenommenen Stress ermittelt wurde, bedeutet, dass bei einer Steigerung des Stressors „Migration“ auch eine Erhöhung des wahrgenommenen Stresses eintritt. Ein weiterer signifikanter Zusammenhang zeichnete sich zwischen dem Stressor „Isolation“ und dem durch die befragten osteuropäischen Bildungsmigranten wahrgenommenen Stress ab ( $r=,395$ ). Bei einer Steigerung des Stressors „Isolation“ tritt auch eine Erhöhung des wahrgenommenen Stresses ein.

Die dritte signifikante Korrelation ist die Korrelation zwischen dem Stressor „Partnerschaft“ und dem wahrgenommenen Stress ( $r=,258$ ). Keine signifikante Korrelation konnte hingegen zwischen der sozialen Unterstützung, dem Einkommen und dem wahrgenommenen Stress ermittelt werden ( $p>,05$ ).

Es lässt sich festhalten, dass drei deutliche Zusammenhänge zwischen den Stressoren und dem wahrgenommenen Stress existieren. Offensichtlich stehen bei den osteuropäischen Bildungsmigranten die sozialen Stressoren (Isolation und Probleme mit der Partnerschaft) und die Akkulturationsstressoren in einem Zusammenhang mit dem wahrgenommenen Stress.

In Untersuchungen von Studierenden in den USA konnte nachgewiesen werden, dass der von den Studierenden wahrgenommene Stress in hohem Maße mit ihrer Integration in die Universität und in die soziale Umwelt zusammenhängt. Je weniger die amerikanischen Studierenden integriert waren, desto höher waren die Werte des wahrgenommenen Stresses. Außerdem wiesen die Studierenden, die in ihren sozialen Beziehungen Probleme hatten, höhere Werte an wahrgenommenem Stress auf als die Studierenden, die gut integriert waren und über keine Probleme im

Bereich der Partnerschaft oder der sozialen Umwelt berichteten (Cohen et al., 1983, Cohen & Williamson, 1988).

Ein Zusammenhang zwischen Akkulturationsproblemen und psychischem Distress oder psychischer Belastung bis hin zu psychischen Störungen wurde mehrfach beschrieben. Haasen und seinen Mitarbeitern (2007) zufolge, die 402 Migranten in Deutschland untersucht haben, korrelieren Akkulturationsstressoren stark mit psychischem Distress (Haasen et al., 2007).

#### **4. Ergebnisse der multivariaten Analyse. Einfluss der Stressoren und der sozialen Unterstützung auf die depressive Symptomatik und den wahrgenommenen Stress**

Die Ergebnisse, die sich in der bivariaten Analyse als signifikant erwiesen, wurden in multivariate Modelle einbezogen, um die kausalen Effekte der Ressourcen und Stressoren auf die depressive Symptomatik bei den Bildungsmigranten zu untersuchen.

Die vierte Hypothese lautete, dass die Migranten, die über weniger Ressourcen verfügen und durch intensivere Stressoren betroffen sind, ein erhöhtes Risiko für depressive Symptomatik und wahrgenommenen Stress aufweisen.

In den ersten zwei multivariaten Modellen, die die Einflussvariablen für depressive Symptome beleuchten, hat der Stressor „Migration“ den stärksten Einfluss auf die Depressivität der untersuchten Bildungsmigranten. Die Migranten, die sich durch den Stressor „Migration“ stark belastet fühlen, haben im Vergleich zu Migranten, die nicht durch diesen Stressor belastet sind ein deutlich erhöhtes Risiko, eine Depression zu entwickeln ( $p=,000$ ).

Auch die soziale Unterstützung erwies sich als wichtiger Einflussfaktor für die Entwicklung einer Depression. Im zweiten Modell, in dem auch der Einfluss von sozialer Unterstützung auf die Entwicklung depressiver Symptome untersucht wurde, konnte bei den Bildungsmigranten, die einen hohen Grad an sozialer Unterstützung haben, im Gegensatz zu denen, die eine niedrigere soziale Unterstützung erhalten, ein deutlich geringeres Risiko, an einer Depression zu erkranken, konstatiert werden ( $p=,045$ ).

Offensichtlich spielt der Stressor „Migration“, der auch als Akkulturationsstressor bezeichnet werden kann, bei den Bildungsmigranten eine wichtige Rolle in Hinblick

auf ihre Depressivität. Die Komponenten dieses Stressors, wie sprachliche Schwierigkeiten, Kommunikations- und Akkulturationsprobleme, erhöhen bei den untersuchten osteuropäischen Bildungsmigranten deutlich das Risiko für eine hohe depressive Symptomatik. Diese Ergebnisse wurden auch durch die Befunde anderer Untersuchungen bestätigt.

Blanca Ramos (2005) zum Beispiel hat in ihrer Untersuchung des Einflusses der Akkulturation auf die Depressivität bei Migranten in den USA festgestellt, dass die sprachlichen Schwierigkeiten das Risiko für Depressivität deutlich erhöhen. Die Akkulturation wurde dabei durch die sprachlichen Kenntnisse der untersuchten Migranten gemessen. Eine niedrige Akkulturation wurde mit höheren Werten an depressiver Symptomatik assoziiert (Ramos, 2005).

### *Einfluss der sozialen Unterstützung auf die depressive Symptomatik*

Der starke Einfluss der sozialen Unterstützung auf die Depressivität von Menschen wurde durch Untersuchungen bestätigt, die in den 80er Jahren von Cohen & Wills (1985) durchgeführt wurden. Die Forscher konnten zeigen, dass Personen, die über ein höheres Maß an sozialer Unterstützung verfügen, auch ein geringeres Risiko haben (Cohen & Wills, 1985).

Rodriguez und Cohen fassen die Ergebnisse von drei Longitudinal-Studien aus dem Bereich der Epidemiologie zusammen, in denen Einfluss der sozialen Unterstützung auf die psychische Gesundheit erforscht wurde (Rodriguez & Cohen, 1998). In einer Longitudinal-Studie mit 2234 Krankenversicherten wurde festgestellt, dass die Personen, die sozial integriert waren, nach einem Jahr weniger depressiv und ängstlich waren und sich wohler fühlten. In einer in Los Angeles durchgeführten Studie wurden die chronischen Stressoren und die negativen Lebensereignisse von 1003 erwachsenen Amerikanern untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Anzahl an engen Freunden und Verwandten einen direkten Einfluss auf die depressive Symptomatik hat. Die Erwachsenen, die über viele Kontakte verfügten, wiesen die niedrigsten Werte an depressiver Symptomatik auf. Auch in einer Studie, in der die psychische Gesundheit von 170 chinesischen Amerikanern aus Washington untersucht wurde, hatte die Quantität der sozialen Unterstützung (Zahl der Verwandten, Freunde, Mitgliedschaft in Vereinen, Häufigkeit von sozialen Interaktionen) einen deutlich positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit der

Befragten und auf die Werte des wahrgenommenen Stresses (Rodriguez&Cohen, 1998).

Es kann zusammengefasst werden, dass sich die vierte Hypothese hinsichtlich des Einflusses sozialer Unterstützung sowie des Stressors „Migration“ auf die depressive Symptomatik bestätigt hat. Der Stressor „Migration“ vergrößert das Risiko für hohe Depressivität. Soziale Unterstützung hingegen wirkt protektiv und verringert dieses Risiko.

### ***Einfluss der Stressoren und Ressourcen auf den wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten***

Die Ergebnisse der dritten und vierten multivariaten Analyse, durch die die Prädiktoren für wahrgenommenen Stress untersucht werden, machen deutlich, dass der Stressor „Isolation“ den stärksten Einfluss auf den wahrgenommenen Stress bei den Bildungsmigranten hat. Die vierte Hypothese konnte für den Einfluss des Stressors „Isolation“ auf den wahrgenommenen Stress verifiziert werden. Bei den Migranten, die sich durch den Stressor „Isolation“ stark belastet fühlen, zeigt sich im Vergleich zu Migranten, die nicht durch diesen Stressor belastet sind, ein rund 2-fach erhöhtes Risiko für höhere Werte an wahrgenommenem Stress (4. Modell:  $p=,025$ ). Die Isolation ist einer der wichtigsten Faktoren, die das Risiko erhöhen, an psychologischem Distress zu leiden (Bolger et al, 2000).

Offensichtlich erhöht die soziale Isolation den psychischen Distress bei den Bildungsmigranten in hohem Maße. Andere Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass sich soziale Isolation negativ auf den wahrgenommenen Stress auswirkt.

Schackdale und seine Mitarbeiter (2007) untersuchten den Einfluss von sozialer Isolation auf unterschiedliche Aspekte der psychischen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens in sechzig ethnischen Communities (12.716 Teilnehmer). Die Personen, die sozial isoliert waren, zeigten ein erhöhtes Risiko für psychologischen Distress, depressive Symptomatik und andere psychologische Störungen (Schackdale et al, 2007). Eine besondere Rolle spielt die Isolation von Migranten bei der Wahrnehmung von Stress. Schweitzer und seine Mitarbeiter konnten feststellen,

dass 25 Prozent der untersuchten afrikanischen Migranten in Australien stark erhöhte Werte von psychologischem Distress aufwiesen. Die soziale Isolation war ein wichtiger Prädiktor für den psychischen Distresses der Migranten (Schweitzer, 2006).

Es kann außerdem festgehalten werden, dass sich die soziale Isolation bei den Bildungsmigranten als ein wichtiger Risikofaktor für den wahrgenommenen Stress herausgestellt hat. Die Migranten, die sich durch diesen Stressor stark belastet fühlen, weisen im Vergleich zu Migranten, die sich nicht durch diesen Stressor belastet fühlen, ein deutlich erhöhtes Risiko für höhere Werte an wahrgenommenem Stress auf.

### *Soziale Unterstützung und physische Gesundheit*

Die soziale Isolation kann als die negative Seite der sozialen Unterstützung bezeichnet werden. Die Ergebnisse zahlreicher Studien deuten darauf hin, dass die soziale Unterstützung nicht nur die psychische Gesundheit, sondern auch die physische Gesundheit beeinflusst (Badura, 1981, House et al., 1988, Rodriguez & Cohen, 1998). Die soziale Unterstützung spielt eine wichtige Rolle bei der Entstehung und bei der Bewältigung von chronischen Krankheiten (Badura, 1981). Nach James House hat sie eine direkte und protektive Wirkung auf die Gesundheit und mildert die gesundheitsschädigenden Effekte von Stress ab (House et al., 1988, House, 1991). In anderen Studien konnte gezeigt werden, dass soziale Beziehungen Prädiktoren für die Gesamt- und die kardiovaskuläre Mortalität sowie für schwerwiegende chronische Erkrankungen sind (Seeman et al, 1987, Ruberman et al, 1984). Laut einer Studie von Orth-Gomer war das Mortalitätsrisiko bei Personen, die in großer Isolation leben, zweimal höher als bei Personen, die nicht isoliert waren (Orth-Gomer et al, 1986).

Doodley und Catalano zufolge beeinflusst die Zerstörung wichtiger sozialer Beziehungen wie Ehe und Partnerschaft das psychische und körperliche Wohlbefinden negativ (Doodley&Catalano, 1988).

House (1991) fasst zusammen, dass soziale Beziehungen die Gesundheit stabilisieren. Ehe, Freundschaften, Mitgliedschaften in selbst gewählten

Organisationen sind wichtige Elemente sozialer Integration und wirken sich positiv auf die physische und psychische Gesundheit aus (House, 1991).

Es kann zusammengefasst werden, dass die Ergebnisse der Untersuchung osteuropäischer Bildungsmigranten darauf hinweisen, dass soziale Faktoren eine wichtige Rolle für den Bereich der psychischen Gesundheit spielen. Die Förderung sozialer Ressourcen sowie der Integration würde also die psychische Gesundheit der Migranten positiv beeinflussen.

Dabei ist besonders wichtig, die positiven und stabilisierenden Aspekte sozialer Beziehungen zu verstärken und ihre negativen Wirkungen zu verringern. Kein Individuum sollte völlig ohne oder mit nur sehr wenigen sozialen Beziehungen leben. Eine wichtige Frage ist, wie die soziale Isolation der Migranten reduziert und wie ihre Integration gefördert werden kann.

### ***Präventionsmaßnahmen. Förderung der Ressourcen und der Integration von Bildungsmigranten***

Die Förderung der psychischen Gesundheit von Migranten, also einer Gruppe, die über wenige sozialen Ressourcen verfügt und von gesundheitlichen Risiken bedroht ist, ist von hoher Public Health Relevanz.

Zentrale Fragen der Gesundheitswissenschaften und von Public Health sind, welche Faktoren für die Gesunderhaltung der Menschen verantwortlich sind, welche Ressourcen gefördert werden sollten und welche Risikofaktoren existieren, deren Effekte gemildert werden sollten, damit die Menschen gesund bleiben. Die Anfänge der Gesundheitsförderung, die als Ziel hat, Gesundheitspotentiale und krankheitsbedingte Faktoren zu erkennen, um die physische und psychische Gesundheit zu fördern, lassen sich bis in die 60er Jahre verfolgen (Badura, 1993). Die aktive Einbeziehung aller Bevölkerungsgruppen und die Befähigung aller Menschen zur Entfaltung ihrer Gesundheitspotentiale sind zwei der wichtigsten Prinzipien der modernen Gesundheitsförderung, die von der Weltgesundheitsorganisation formuliert wurden (WHO, 1994).



In dieser Untersuchung konnte festgestellt werden, dass ein großer Anteil der untersuchten Migranten eine hohe Depressivität und hohe Werte an wahrgenommenem Stress aufweisen. Außerdem wurde deutlich, dass soziale Ressourcen einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Bildungsmigranten haben. Eine hohe Quantität an sozialer Unterstützung wirkt bei den untersuchten Bildungsmigranten protektiv auf die depressive Symptomatik. Die Stressoren „Migration“ und „Isolation“ erhöhten maßgeblich das Risiko für höhere Werte an wahrgenommenem Stress und eine hohe depressive Symptomatik.

Um die psychische Gesundheit der Bildungsmigranten zu fördern, sollten Maßnahmen für ihre bessere soziale Integration ergriffen werden. Die Förderung von sozialen Ressourcen durch eine Stärkung der sozialen und persönlichen Kompetenzen der Migranten könnte zu einer Verbesserung ihres psychischen Wohlbefindens führen. Einer der möglichen Schritte ist dabei die Entwicklung und Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen für ausländische Studierende. Durch eine zielgruppenorientierte psychologische Beratung für Bildungsmigranten an Universitäten könnten Personen im Risiko erkannt werden, durch Gespräche und Therapien könnte darüber hinaus Probleme erkannt und bewältigt werden.

Die schnellere Integration der Bildungsmigranten in die Institution Universität könnte durch Programme gefördert werden, die sich zum Ziel gesetzt haben, einen Rahmen für ein häufiges Zusammentreffen von ausländischen und einheimischen Studierenden zu schaffen. Die Implementierung von Mentorenprogrammen, bei denen deutsche Studierende die neuangekommenen Ausländer bei der Orientierung in der Universität und im Alltag helfen, könnte beispielsweise die ersten Effekte der Orientierungslosigkeit mildern.

Die Organisation von Veranstaltungen, in denen die Herkunftsländer der Studierenden vorgestellt werden, könnte außerdem das Kennenlernen fördern und Vorurteile abbauen.

In dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass sich die untersuchten Bildungsmigranten durch sprachliche Schwierigkeiten belastet fühlen. Die bessere Leistungen der Bildungsmigranten und eine soziale Integration während des Studiums könnten u.a. durch die Förderung von regelmäßig stattfindenden

Gruppenarbeiten, bei denen ausländische und einheimische Studierende in einer Gruppe zusammenarbeiten, erreicht werden. Auch die Durchführung gemeinsamer wissenschaftlicher Projekte könnte die interkulturellen und sozialen Kompetenzen beider Gruppen fördern. Zusätzliche Sprachkurse oder eine Beratung beim Schreiben von Diplomarbeiten würde die Integration der Bildungsmigranten außerdem fördern.

Eine weitere Maßnahme, die die soziale Integration und die psychische Gesundheit fördern könnte, ist die Organisation von Kursen, in denen die eigenen Ressourcen gestärkt werden und Bewältigungsstrategien in Stress- und Krisenzeiten kennen gelernt werden können. Solche Kurse haben das Ziel, die psychische Gesundheit der Teilnehmer zu stärken und zu stabilisieren.

Die Konzipierung und Implementierung einer psychologischen Beratung in den Universitäten, die sich speziell mit den Problemen der Bildungsmigranten befasst, ist eine wichtige Herausforderung bei der Förderung der mentalen Gesundheit von ausländischen Studierenden. Universitäten, Akademische Auslandsämter und Krankenkassen sollten zusammenarbeiten, um eine solche Stelle einrichten zu können.

Um gesundheitliche Risiken und psychische Probleme bei Bildungsmigranten frühzeitig erkennen zu können, ist an allen Universitäten eine regelmäßig stattfindende Erhebung und Auswertung von Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Bildungsmigranten notwendig.

Für eine erfolgreiche Integration osteuropäischer Spätaussiedler in Deutschland nennt zum Beispiel Rolov (2002) drei wichtige Voraussetzungen – eine Wohnung, finanzielle Sicherheit und ein neuer Freundeskreis. Ein neuer Freundeskreis ist besonders wichtig, damit die Ausländer „sich wohl und zuhause fühlt“. Nach Rolov ist auch die Zeit ein wichtiger Faktor für eine gelungene Integration der osteuropäischen Spätaussiedler (Rolov, 2002).

Offensichtlich kann die Förderung der mentalen Gesundheit der Bildungsmigranten durch eine Stärkung der sozialen Ressourcen und der persönlichen Potentiale erreicht werden. Die Förderung der sozialen Integration würde bei dieser Gruppe von Ausländern auch das Risiko verringern, psychische Störungen zu entwickeln.

### *Hinweise auf weiteren Forschungsbedarf*

Die Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung der psychischen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens einer Gruppe von osteuropäischen Bildungsmigranten haben weiteren Forschungsbedarf aufgezeigt.

Um größere Stichproben von Bildungsmigranten zu befragen, sollten empirische Forschungen an allen deutschen Universitäten gefördert werden. Ein Ziel sollte sein, die gesundheitliche Situation und das Gesundheitsverhalten aller Studierenden zu untersuchen. Es sollten außerdem empirische Untersuchungen initiiert werden, die sich speziell auf die mentale Gesundheit der Studierenden und die Erforschung des Einflusses von sozialen und psychologischen Faktoren konzentrieren.

Zukünftige internationale Studien, die sich mit der gesundheitlichen und sozialen Lage von Migranten in Europa auseinandersetzen, würden zu einem besseren Verständnis der gesundheitlichen Risiken und Ressourcen junger Leute in Europa beitragen.

Es kann zusammengefasst werden, dass die Förderung der psychischen Gesundheit von Bildungsmigranten in Deutschland als eine Public Health Herausforderung bezeichnet werden kann, bei der unterschiedliche Förderungsprogramme und Institutionen eine positive Rolle spielen können. Die Förderung der Integration von Bildungsmigranten, die Stärkung ihrer sozialen Ressourcen und die Notwendigkeit einer Verringerung ihrer psychosozialen Belastungen verdienen im Rahmen der Gesundheitsförderung hohe Aufmerksamkeit und sollten Forscher weiterhin dazu anregen, Untersuchungen in diesem Bereich durchzuführen und weitere Präventionsmaßnahmen zu entwickeln.

# Literatur:

- Abouserie, R. (1994): Sources and levels of stress in relation to locus of control and self-esteem in university students. *Educational Psychology*, 14(3), 323-330.
- Aguilera-Guzmán RM, de Snyder VN, Romero M, Medina-Mora ME. (2004): Paternal absence and international migration: stressors and compensators associated with the mental health of Mexican teenagers of rural origin. In: *Adolescence*. 2004 Winter;39 (156):711-723.
- Allgöwer, A. (2000): Gesundheitsförderung an der Universität, Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden, Leske+Budrich, Opladen.
- Allgöwer, A., Wardle, J. & Steptoe A. (2001): Depressive Symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, Vol. 20, 3, 223-227.
- Allgöwer, A. Stock, C, Krämer, A. (1998): Die gesundheitliche Situation von Studierenden: Schlussfolgerungen für Prävention und Gesundheitsförderung, in: *Prävention*, Jg. 21/1998, H. 1, S. 22-25.
- Aneshensel, C.S. & Frerichs, RR., & Huba, G.J., (1984): Depression und physical illness: A multiwave, nonrecursive causal model. *Journal of Health and Social Behavior*, 25.
- Antonovsky A.(1983): The Sense of Coherence: Development of a research instrument. In Schwartz WS: Research Center for Behavioral Medicine. Tel Aviv University: Newsletter and Research Reports.
- Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A.Franke & M.Broda (Hrsg.). *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr von Pathogenese-Konzept*. Tübingen.DGVT-Verlag.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco-Joey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen.DGVT-Verlag.
- Antonovsky, A. (1997): *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass

- Andrews J. (1989): Poverty and poor health among elderly Hispanic Americans. Baltimore, MD: The Commonwealth Fund Commission on Elderly People Living Alone.
- Angel J. & Angel R. (1992): Age at migration social connections, and well-being among elderly Hispanics, *Journal of Aging and Health* 4: 480–495.
- Ahrend, H. (1955): Elemente und Ursprünge totalitärer Herrschaft. Frankfurt/ Main.
- Apfel J. I. (2004): Depression and its Treatments: A college sample. *Journal of Collage Student Psychotherapy* 18(2): 67-81.
- Aspinall PJ. (2002): Suicide amongst Irish migrants in Britain: a review of the identity and integration hypothesis. *Int J Soc Psychiatry* 2002; 48: 290-304
- Avison WR, McAlpine D. (1992): Gender differences in symptoms of depression among adolescents, *Journal Health Soc Behaviour* 33(2), 77-96.
- Badura, B. (1981) (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt am Main.
- Badura, B. (1993): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften: in Hurrelmann K & Laaser U. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften Handbuch für Lehre und Forschung*. Beltz Weinheim 63-99.
- Badura, B., Litsch, M., Vetter C. (2002) (Hrsg.): Fehlzzeiten-Report 2001. Demographischer Wandel. Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik, Berlin, Springer.
- Bachmann, N., Berta, D., Egli, P., Hornung, R. (1999): Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Bern: Verlag Hans Huber.
- Baker, C. (1993): The Stress of Settlement where there is no ethnocultural receiving community. In Masi R. et al. (1996). *Health and Cultures*, Vol. II, Mosaic Press, Oakville, Canada.
- BBR (2002) (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung Heft 8/2002. Internationale Wanderungen und räumliche Integration. Bonn.
- Bech P, Gudex C, Staehr Johansen K. (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: Validation in Diabetes. *Psychother Psychosom*; 65: 183-190.

- Bech P. (1998): Quality of life in the psychiatric patient. London: Mosby-Wolfe.
- Bech P. (2001): Male depression: stress and aggression as pathways to major depression. In: Dawson A and Tylee A (eds.) Depression: Social and economic timebomb. London: BMJ Book, 63-66.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1987): Beck Depression Inventory (BDI). San Antonio: The Psychological Corporation Inc.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Benton , Robertson, Tseng, Newton, & Benton (2003): Graduate Student Mental Health: Needs Assessment and Utilization of Counseling Services, In: *Journal of College Student Development*, USA
- Berry J. (1990): Psychology of Acculturation, In: Berman, J (Hg.) (1990): Cross-cultural Perspectives, Nebraska Symposium on Motivation, Lincoln, Nebraska, 201-234.
- Berry J. (1994): Acculturation and psychological adaptation: an overview, In: Bouvy, AM et al. (1994): *Journeys into cross-cultural psychology*, Amsterdam, S. 129-141
- Berry J. (1998): Acculturation and Health: Theory and Research: In: Kazarian S & Evans D (Hg.) (1998): *Cultural clinical Psychology: Theory, Research, and Practice*, New York.
- Berry J & Kim U. (1988): Acculturation and Mental Health, In: Dasen, P. et al. (Hg.): *Health and Cross-Cultural Psychology: towards applications*, Newbury Park.
- Berry et al. (1989): Multiculturalism and ethnic attitudes in Canada, In: *Applied Psychology: An international Review*, 38, 185-20.6
- Berry J et al. (1987): Comparative Studies of acculturative stress, In *International Migration Review*, 21, 491-511.
- Bingefors K, Isacson, D (2004): Epidemiology, co-morbidity and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain – a gender perspective, *European Journal of Pain*, 2004, 8 435-450.

- Bierhaus, A, Nawroth, P, et al. (2003): A mechanism converting psychosocial stress into mononuclear cell activation, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, , Band 100, Nr. 4, S. 1920 - 1925.
- Bilge A & Berry. J (2002): Psychological, Sociocultural, and Marital Adaptation of Turkish Immigrant Couples in Canada. In: *International Journal of Psychology* 37(1):13-26.
- Blakey M (1994): Psychophysiological stress. and disorders of industrial society:a critical theoretical formulation for biocultural research. In: Forman S.: *Diagnosing America. Anthropology and public engagement.* Ann Arbor. University of Michigan Press, 149-192.
- Bobeva, D. et al. (1997): Brain drain from Central and Eastern Europe, Sofia, unpubl. Research – A study undertaken on scientific and technical staff in ten countries of Central and Eastern Europe.
- Bolger, N, Zuckerman, A. & Kessler R. (2000): Invisible support and adjustment to stress. In: *Journal of personality and social psychology*, 79, 953-961.
- Bräutigam W, Christian P (1986): *Psychosomatische Medizin.* Thieme, Stuttgart, New York.
- Brucks, U. (1995): Psychosoziale und gesundheitliche Probleme der Migration. In: Cropley, A.J. (Hg.): *Probleme der Zuwanderung*, Bd. 1, Göttingen, S.53-71.
- Brucks U. (2004): Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland - Migration und psychische Erkrankung. In *Psychoneuro*, 30, 228-231.
- Brucks U, Salisch E, Wahl W. (1995): „Wir sind seelisch krank, automatisch - und körperlich auch“. Zum Krankheitsverständnis türkischer Arbeiter. In: *Gesundheit für Alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik.* Hamburg, Verlag Rissen. 338-350.
- Brücker, H. (1994): *Sozialer Stress, defensives Coping und Erosion der Kontrollüberzeugung*, Münster; NY, Waxmann.
- Brücker et al., (2000): *Migration: Potential und Effekte für den deutschen Arbeitsmarkt*, Hans-Böckler Stiftung, DIW, Berlin.
- Brown G. & Harris, T. (1989) (Hrsg.): *Life Events and Illness*, London.

- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978): Social origins of depression. New York: The Free Press.
- Brückner H et al, (2004): Trends in East-West German Migration from 1989 to 2002. In: Demographic Research, Vol. 11, 7, 173-194.
- Burnam M.A, et al. (1987): Acculturation and life time prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles, Journal of Health and Social Behavior 28: 89–102.
- Bühl A., Zöfel P. (2002): SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows (8. Auflage). Pearson Studium, München.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2006): Aus- und Weiterbildungsstatistik online, <http://www2.bibb.de/tools>.
- Carlsson, J (1996): Prevalence of headache in schoolchildren: relation to family and school factors. Acta Paediatr, 85, 692-696
- Chalukov, I. (1993): The potential emigration of bulgarian scientists, Sofia, BAN.
- Clark, D. C., S. R. Daugherty, et al. (2001): The relationship between academic performance and severity of depressed mood during medical school. Compr Psychiatry 29(4): 409-20.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983): A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-396.
- Cohen, S. Evans, G.W., Krantz, D.S. & Stokols, D. (1989): Behavior, health and enviromental stress, New York, Plenum Press.
- Cohen, S.& Williamson, G.M (1991): Stress and infectionsdisease in humans, Psychological Bulletin, 109.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988): Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Hg.), The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology. Newbury Park, CA: Sage.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Underwood Gordon, L. (Hg.) (1995): Measuring stress: A guide for health and social scientists. New York: Oxford. Chapter 1: Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders.



- Cohen, S & Wills, T.A. (1985): Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2).
- Cohen, C. Kessler R., Gordon, U.L. (1997): *Measuring stress*, NY, Oxford, Oxford University Press.
- Collatz, J., Natzschka, J., Schwoon, D. (Hrsg.) (1977): Krankheiten, Einweisungshäufigkeiten und Krankheitsverläufe bei ausländischen Kindern im Krankenhaus, *Öffentliches Gesundheitswesen* 39, S. 746-758.
- Currie et al. (eds.) (2000): *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: World Health Organization.
- DAK (Internetquelle, 10.06.2007): <http://www.presse.dak.de/ps.nsf/SearchResult?openform&Query=Gesundheitsreport%202002&SAK=1&SA=1&SF=1&Start=1&Count=50> .
- David, M., Borde, T., & Kentenich, H. (2002): Die psychische Belastung von Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen – Einfluss von Ethnizität, Migrationsstatus und Akkulturationsgrad. *Geburtdhilfe Frauenheilkunde*, 62 (1), 37-44.
- Dill H, Frick U, Höfer R, Klöver B, Straus F. (2002): Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/I. Baden-Baden, Nomos.
- Dill H., Höfer R., Keupp H. (1999): *Jugendgesundheit zwischen den Kulturen*. Endbericht: MigrantInnen-gesundheit, Institut für Praxisforschung und Projektberatung IPP, München.
- Dlugosch, G. E. (1994): Modelle der Gesundheitspsychologie. In Schwenkmerzer & Schmidt (Hrsg.) *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke
- Directorate for Employment, Labor and Social Affairs (DELSA) (2004): Migration und EU enlargement, April 2004, [http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/1233/Migration\\_and\\_EU\\_enlargement.html](http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/1233/Migration_and_EU_enlargement.html).
- Dooley D. & Catalano, R. (1988) (Hrsg.): Psychological effects of unemployment. *Journal of social issues* 44(4)

- Dyrbye, L. N., M. R. Thomas, et al. (2006): Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med* 81(4): 374-84.
- Elkeles T. & Seifert W. (1996): Immigrants and health: unemployment and health-risks of labour migrants in the Federal Republic of Germany, 1984-1992, In *Social Science Medicine*, 43(7):1035-47.
- Eltz, C., Schick R. (2003): Stress. <http://www.meine-gesundheit.de/517.0.html> (15.06.2006).
- Engel, G.L. (1977): The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1980): The clinical application of the bio-psycho-social model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Engel, G.L. & und Schmale, A.H. (1967): Psychoanalytic theory of somatic disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15.
- Engelmann M. et al. (1993): Health-related behaviour and somatic stress among college students. *College Student Journal*, 27, 274-282.
- Faltermaier T. (2001): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In Marschalck P. (Hrsg.) *Migration und Krankheit*. Osnabrück: Univ.-Verl. Rasch.
- Firat, G (1995): Sozialer Wandel in einer kurdisch-alevitischen Kleinstadt. Dissertation. Bielefeld: Fakultät für Soziologie.
- Firth-Cozens, J. (2001): Medical students stress. *Medical Education*, 35, 6-7.
- Folkman, S. (1984): Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46.
- Fossion P, Ledoux Y, Valente F, Servais L, Staner L, Pelc I, Minner P. (2002): Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: an age-and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *Eur Psychiatry* 17: 443-450.
- Franko, D. L., R. H. Striegel-Moore, et al. (2005): Self-reported symptoms of depression in late adolescence to early adulthood: a comparison of African-American and Caucasian females. *Journal of Adoles. Health* 37(6): 526-9.

- Frigessi-Castelnuovo D, Risso M. (1986): Emigration und Nostalgia: Sozialgeschichte, Theorie und Mythos psychischer Krankheit von Auswanderern. Frankfurt/M., Cooperative Verlag.
- Friedman, M. (1996): Type A Behavior: ist Diagnosis and Treatment. Plenum Press, NY.
- Fossion P. et al. (2004): Psychosis, migration and social environment: an age and-gender controlled study. In: European Psychiatry, 19, 6, 338-343.
- Gastorf H. & Neukirchen G. (2000): Gesundheit im Hochschulalltag aus studentischer Perspektive, in Sonntag U., Gräser S., Stock C., Krämer A.(2000): Gesundheitsfördernde Hochschulen, Weinheim und München, Juventa
- Genfer Flüchtlingskonvention, 1951, Zitiert in Wikipedia, In: [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), 2006
- Gisele, M. (2002): Stress in graduate medical degree. Medical Journal od Australia, 17, 10-11.
- Greif, S. Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg.) (1991):Psychischer Stress am Arbeitsplatz. Göttingen: Hogrefe.
- Grüsser, S.M., Wölfling, K., Mörsen, C.P., Albrecht, U. & Heinz, A. (2005): Immigration-Associated Variables and Substance Dependence. Journal of Studies on Alcohol, 66, 98-104.
- González H., Haan M, Hinton L (2001): Acculturation and the Prevalence of Depression in Older Mexican Americans: Baseline Results of the Sacramento Area Latino Study on Aging. In Journal of the American Geriatrics Society, 49, 7.
- Goodman, E.D. (1993): How to handle the stress of being a student. Imprint, 40: 43.
- Haasen C, Yagdiran O, Lambert M. (2000): Psychose. In: Haasen C, Yagdiran O (Hrsg.). Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag 89-106.
- Haasen Ch., Levit O. Gelbert A. Foroutan, N, Norovjav A., Mirweys S., Demiralay, C. (2007): Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Akkulturation bei Migranten. In: Psychiatrische Praxis 2007; 34: 339-342.
- Hankin B, Abramson L, Moffitt T, Silva P, McGee R, Angell K. (1998): Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender

- differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* 107 (1): 128-140.
- Harley, K & Eskenazi, B. (2006): Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. In: *Social Science Medicine*, 62, 3048-3061.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994): *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Hegemann, T., Salman, R. (Hrsg.) (2001): *Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*, Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Herberg, E. (1989): *Ethnic groups in Canada*. Scarborough, Nelson Canada.
- Hinkle, L. E. & Wolff, G.H. (1957): The nature of man's adaptation to his total environment and the relation of this to illness. *Archives of Internal Medicine*. (zit. Nach Schonecke&Herrman, 1986).
- Haugland S, Wold B, Stevensin J, Aaroe LE, Woynarowska, B, (2001): Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*,11, 4-10.
- Hellbrügge T. (1980): *Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer*, Münschen, Urban&Schwarzenberg.
- Hirsch, B.J. & Rapkin, B.D. (1986): Multiple roles, social networks, and women's wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51.
- HIS - Hochschul-Informationen-System GmbH (2005): 17. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2003. BMBF, Berlin.
- HIS – Hochschul-Informationen-Systems GmbH (2006): Studierende (Deutsche, Ausländer und darunter Bildungsausländer) nach Hochschulart und Fächergruppen. Auswertung aus der ICE-Datenbank des DAAD, Hannover.
- Hobfoll, S.E. (1989): Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44.
- Holm-Hadulla, R. (Hrsg.) (2001): *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- House J. (1991): Zum sozialepidemiologischen Verständnis von Public Health: soziale Unterstützung und Gesundheit. In: Badura B., Elkeles B., Grieger B. et al. (Hrsg.). Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, 2 Aufl., Frankfurt am Main, S. 273-184
- House J., Landis, K, Umberson, D. (1988): Social Relationships and Health. In: Science 241, 540-545
- Hyman, I & Dussault G. (2000): Negative consequences of acculturation on health behaviour, social support and stress among pregnant Southeast Asian immigrant women in Montreal: an exploratory study. In: Canadian Journal Public Health, 91, 357-360.
- Hurrelmann K, Kolip P. (1994): Der Jugendgesundheitsurvey. Presseinformationsdienst des SFB 227, No. 11. Bielefeld, University of Bielefeld.
- Hunner C., Penka S., Krieg S., Heinz A. (2001): Latente Ausschließung: Migranten und Drogenhilfe. Kriminologisches Journal 3:216–224.
- Jayasuriya, L. et al. (1992): Ethnicity, Immigration and Mental Illness: a critical review of Australian research, Camberra.
- Janikowski, A (1999): Berufliche Integration der Aussiedler und Aussiedlerinnen, In: Silbereisen R et al. (1999) (Hg.): Aussiedler in Deutschland. Akkulturation von Persönlichkeit und Verhalten, Opladen, 113-142 .
- Janssen, P. et al. (2005) (Hrsg.): Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Deutscher Ärzte-Verlag,, Köln
- Kadison R, DiGeronimo TF. (2004): College of the overwhelmed: The campus mental health crisis and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kammer, D. (1983): Eine Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des deutschen Beck-Depressionsinventars (BDI). Diagnostica, 29, 48-60.
- Kaptein A, Weinmann J. (2004): Health Psychology. Blackwell, Oxford, UK.
- Kirkcaldy B.D., et al. (2005): Health and emigration: subjective evaluation of health status and physical symptoms in Russian-speaking migrants. In: Stress and Health, Vol. 21, 5, 295-309.
- Kitzrow, M. A. (2003): The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. NASPA Journal, 41 (1), 165-179.

- Kleinemeier E. et al. (2004): Psychische Störungen bei türkischen Migranten - Inanspruchnahme einer Spezialambulanz. Access to special out-patient clinic. In: Psychoneuro, 30: 628-632.
- Klussmann R. (2001): Psychosomatische Medizin, 5. Aufl., Springer Verlag, Berlin.
- Knoll et al. (2005): Einführung in die Gesundheitspsychologie. Reinhardt Verlag.
- Kolip, P., Nordlohne, E., Hurrelmann, K. (1995): Der Jugendgesundheitssurvey 1993. In: Kolip P., Hurrelmann K., , Schnabel P.-E. (Hrsg.), Jugend und Gesundheit. Interventionsbereiche und Präventionsfelder, Weinheim: Juventa, 25-48.
- Konsortium Bildungsberichterstattung (Hg.) (2006): Bildung in Deutschland. Ein indikatorgestützter Fbericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration., BRD, BMBF, Bielefeld.
- Krämer, A., Prüfer-Krämer L., Tshiang Tshiananga J., Stock C. (2000): Gesundheitssurvey bei ausländischen Studierenden an der Universität Bielefeld, in Sonntag U., Gräser S., Stock C., Krämer A.(2000): Gesundheitsfördernde Hochschulen, Weinheim und München, Juventa .
- Krämer, A, , Prüfer-Krämer L., Stock C. , Tshiang Tshiananga J. (2004): Differences in Health Determinants between international and domestic students at a German university. In: Journal of American Collage Health, 53, 3, 127-132.
- Krause, N. (1995): Assessing stress-buffering effects: A cautionary note. Psychology and Aging, 10.
- Laux, L. (1983): Psychologische Stresskonzeptionen. In Thomae,Enzyklopädie der Psychologie, Serie 4, Motivation und Emotion, Göttingen, Hogrefe.
- Lazarus, R.S.& Launier, R.(1981): Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In Nitsch, J.R.(Hrsg.): Stress. Bern, Huber.
- Lazarus R & Folkman S. (1984): Stress, appraisal and coping, Springer, New York
- Lechner, I., Mielck, A. (1998): Die Verkleinerung des „Healthy-Migrant-Effects“: Entwicklung der Morbidität von ausländischen und deutschen Befragten im sozioökonomischen Panel 1884-1992. In Gesundheitswesen, 60, S. 715-720.

- Lee D.H., Kang, S., Zum, S. (2005): A qualitative assessment of personal and academic stressors among Korean Collage students: an exploratory study. College Student Journal, Sept. 2005.
- Lee Y M. (2007): The immigration experience among elderly Korean immigrants. In: Journal of Psychiatry Mental Health Nurs. 2007 Jun;14(4):403-410.
- Leppin, A. & Schwarzer R. (1997): Sozialer Rücksicht, Krankheit und Gesundheitsverhalten, in Schwarzer, R. (1997) Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (2 Aufl.).Göttingen: Hogrefe.
- Loof S. (2002): Psychosoziale und psychischen Störungen von Spätaussiedler. In: Collatz J. & Heise Th. (Hrsg.) (2002): Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedler, VWB, Berlin, S. 261-269.
- Machleidt, W. (2007): Migration, Kultur und seelische Gesundheit. In 57. Lindauer Psychotherapiewochen 2007.
- Mansel J, Hurrelmann K, (1993):Psychosoziale Befindlichkeit junger Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. In: Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle 4. Jahrgang 1993, Heft 2, S. 167-192,
- Matthäi, I. (2006): Alleinstehende Migrantinnen: Integriert - isoliert - segregiert? Aus Politik und Zeitgeschichte .
- Masi R. et al. (1996): Health and Cultures, Vol. II, Mosaic Press, Oakville, Canada
- Maoz, B. (1998): Salutogenese – Geschichte und Wirkung einer Idee. In: Schüffel, W. et al. (Hrsg.): Konzept und Praxis der Salutogenese – ein Handbuch. Wiesbaden, S. 13-22.
- Marschalck, P. & Weidl, K.H. (2001) (Hrsg.): Migration und Krankheit, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück.
- Mielck, A. (1994) (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland, Opladen.
- Migration Online (2006): [www.migration-online.de](http://www.migration-online.de).
- Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen (2001): Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin und Bonn.

- Myers, D. (2000): The funds, friends, and faith of happy people. In: *American Psychologist* 55, 56-67.
- Murphy, M.C., & Archer, J. (1996): Stressors on the college campus: A comparison of 1985-1993. *Journal of College Student Development*, 37(1), 20-28.
- Nesse, R. (2005): Evolutionary Psychology and Mental Health. In: Buss D. (Hrsg.): *Handbook of evolutionary Psychology*. Wiley J.&Sons:Hoboken, 903-937
- OECD (2001): *Migration Policies and EU Enlargement*, Paris.
- OECD (2003): *Trends in International Migration*, Paris.
- Orth-Gomer K., Johnson U., Edwards M-E., (1986): Social Interaction and mortality in Sweden. Findings in the Normal Population and in Cardiovascular Patients. In: Isacsson O. & Janzon L. (Hrsg.): *Social Support: Health and Disease*, Stockholm, Almquist&Wiksell International, 21-31
- O'Malley, K., Wheeler, I., Murphey, J., O'Connell, J., & Waldo, M. (1990): Changes in levels of psychopathology being treated at college and university counseling centers. *Journal of College Student Development*, 31, 464-465.
- Patten, C. A., J. C. Gillin, et al. (1997): Depressive symptoms in California adolescents: family structure and parental support. *Journal Adolescent Health* 20(4): 271-8.
- Patrick, K., Grace, T. W., & Lovato, C.Y. (1992): Health issues for collage students. *Annual Review of Public Health*, 13, 253-268
- Pawlik K. (Hrsg.) (1996): *Grundlagen und Methoden der differentiellen Psychologie*, Hogrefe, Göttingen.
- Phinney J. et al. (1992): Acculturation Attitudes and Self-Esteem among High School and College Students. In: *Youth and Society*, 23, 3, 299-312.
- Piko B. (2000): Health-related predictors of self-perceived health in a students population: The importance of physical activity. *Journal of Community Health*, 25, 125-137
- Primack, B.A. (2003): The WHO-5 Wellbeing Index performed the best in screening for depression in primary care. *ACP J Club, BMJ*, 326, 200-201
- Ramos B. (2005): Acculturation and Depression among Puerto Ricans in the Mainland. In: *Social Work Research*, 29, p.92-95.



- Rayner M, Peterson S. (2000): European cardiovascular disease statistics 2000 edition. Oxford: University of Oxford, British Heart Foundation Health Promotion Research Group
- Razum O. et al. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 43.
- Razum O. (2003): Gesundheitsberichterstattung für Migrantinnen und Migranten - Möglichkeiten und Grenzen. In: Borde T, David M (Hrsg.). Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 265-274.
- Rhee H, Miles M, Helpert, C, Holditch-Davis D, (2005): Prevalence of recurrent physical symptoms in U.S. adolescents, *Pediatr Nursing*, 31, 314-319, 350.
- Rieken A. (2001): Psychiatrische Erkrankungen im Migrations- und Integrationsprozeß, Aussiedler im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück., in Marschalck P. & Wiedl K., (2001) Migration und Krankheit, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück.
- Pfeiffer, W. (1996): Psychotherapie mit Arbeitsmigranten, In: Hartmannbund (Hrsg.): Psychosoziale und pädagogische Belastungen bei Migrantenkinder und – jugendliche und ihre Familien, Unna, S.67-86.
- Rensing, L, Koch, M, Rippe, B., Rippe, V. (2005): Mensch im Stress - Psyche, Körper, Moleküle. Spektrum Akademischer Verlag.
- Richter, P., Werner, J. & Bastine, R. (1994): Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventars (BDI): Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 3-19.
- Richter, P. (1991): Zur Konstruktvalidität des Beck-Depressionsinventars bei der Erfassung depressiver Verläufe. Regensburg: Roderer.
- Roth-Isigkeit A, Thyen U, Raspe HH, Stoyen H, Schmucker P, (2004): Reports of pain among German children and adolescents: an epidemiological study, *Acta Paediatr*, 93, 258-263
- Rodriguez M., Cohen, S. (1998): Social Support. In: *Encyclopedia of Mental Health*, Vol. 3, Academic Press, 535-544

- Rolov V. (2002): Spätaussiedler: Einbindung in das soziale Umfeld, Wohnen, Arbeiten, Leben.
- Ruberman R, Weinblatt E, Goldberg J, Chaundhary B. (1984): Psychosocial influences on mortality after myocardial Infaction. In: New England Journal of Medicine 311, 552-559
- Sack M, Lamprecht, F. (1998): Forschungsaspekte zum „Sense of Coherence“, Handbuch der Salutogenese, Wiesbaden, S. 325-336.
- Salman R., Tuna S., Lessing (Hrsg.) (1995): Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie, Edition Psychosozial. Schiller NG, Bach L. und Blanc Ch (1995): From immigrants to transmigrants : theorizing transnational migration, Antropological quarterly 68, p. 48-63.
- Selye H. (1974): Stress without distress, New York, Segnet.
- Seeman T, Kaplan, G, Knudsen L, Cohen R., Guralnik, J. (1987): Social network ties and mortality in Evans Country, Georgia. In: American Journal of Epidemiology 123, 714-723
- Sen F., Halm D., Sauer M. (2005): "Entwicklung zur Parallelgesellschaft? - Die gesellschaftliche und soziale Integration junger türkeistämmiger Migranten. In: [www.zft-online.de](http://www.zft-online.de), <http://kunde6.juli.bimetal.de/index.php?site=108> (10.06.2007)
- Schepker R., Fisek G. O ,(2000): Der familiäre Umgang mit psychosozialen Krisen Jugendlicher: Eine transkulturelle Untersuchung zur Frage der Effekte von Minoritätenstatus und Kulturhintergründen, in: Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft, Deutsch-türkische Perspektiven, 2000, Lambertus-Verlag
- Schmitz, P. (1994): Acculturation and adaptation processes among immigrants in Germany. In Bouvy AM, et al. (Eds.) (1994): Journeys into cross-cultural psychology, Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schmitz, P. (2001): Akkulturation und Gesundheit. In: Marschalck, P. & Weidl, K.H. (2001) (Hrsg.): Migration und Krankheit, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück.

- Schmitz, P. (2001): Psychosocial Factors of immigration and emigration: an introduction, In: Adler L. & Gielen U. (2001); Migration: Immigration and Emigration in international perspective, Dordrecht.
- Schockdale S, Wells K, Tang L, Belin T, Zhang L, Sherbourne C. (2007): The importance of social context: Neighborhood stressors, stress-buffering mechanisms, and alcohol, drug, and mental health disorders. IN. Soc Sci Medicine, 65 (9), 1867-81.
- Schonecke, O.W. & Herrman, J. W. (1986): Psychophysiologie, Psychosomatische Medizin
- Schiller G, Bach L & Blanc C S (1995): From immigrants to transmigrants : theorizing transnational migration, Antropological quarterly 68, p. 48-63
- Schmitt M, Beckmann M, Dusi D, Maes J, Schiller A, Schonauer K. (2003): Messgüte des vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V). Diagnostica 49(4):147-156.
- Schmitt M, Maes J. (2000): Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI). Diagnostica 46(1):38-46.
- Schwarzer R. (2000): Stress, Angst und Handlungsregulation, Stuttgart, Kohlhammer
- Schwarzer, R. (1994): Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions : A systematic overview. Psychology and Health, 9.
- Schwarzer, R. (1997): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (2 Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R & Jerusalem, M. (1995): Optimistic Self-beliefs as a resource factor in coping with stress, In: Hobfoll, S& Vries M. (Hg.) (1995): Extreme Stress and Communities: Impact and Intervention, Dordrecht, 159-177.
- Schwarzer R & Hahn, A. (1995): Reemployment after Migration from East to West Germany: a longitudinal Study of psychosocial factors, In: Applied Psychology: an International Review, 44, 77-93.
- Schwarzer R., Leppin, A. (1989): Sozialer Rückhalt und Gesundheit : eine Meta-Analyse Göttingen,: Verlag für Psychologie Hogrefe.
- Schweitzer R, Melville F, Steel Z, Lacherez P. (2006): Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in

- resettled Sudanese refugees. In: Australian NZ Journal of Psychiatry, 40 (2), 179-87.
- Schiffer, E. (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Beltz. Weinheim.
- Schwartz F.W, Siegrist J., Troschke, J. (1998): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: Schwartz F.W., Badura B., Leidl R., Raspe H., Siegrist J. (Hrsg.): Das Public Health Buch Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban und Schwarzenberg Verlag, München
- Shaikh, B. et al. (2004): Students, stress and coping strategies: a case of Pakistani Medical school. Education for Health, 17, 3, 346-353.
- Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. (2007): Migration and schizophrenia. In: Curr Opin Psychiatry. 2007 Mar;20(2):111-5.
- Siefen R.G. (2002): Psychosomatische und psychische Störungen von Spätaussiedler. In: Collatz J. & Heise Th. (Hrsg.): Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedler, VWB, Berlin, S. 271-280.
- Silveira R, Ebrahim S. (1998): Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in east London. Int Journal Geriatrology Psychiatry 1998; 13: 801-812.
- Singh GK, Kogan MD, Dee DL. (2007): Nativity/immigrant status, race/ethnicity, and socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States, 2003. In: Pediatrics. 2007 Feb;119 Suppl 1:S38-46.
- Smaje, C. (1996): The ethnic patterning of health: New Directions of theory and research, In: Sociology of health and illness, 18, S. 139-171
- Sonntag, U., Gläser, S., Stock, C., Krämer, A. (Hrsg.) (2000): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Beispiele aus Wissenschaft und Praxis. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Stephoe A. & Wardle J. (2001a): Health behaviour, risk awareness and emotional wellbeing in students from Eastern Europe and Western Europe, in Social Medicine, 53.

- Steptoe & al. (2001b): Leisure-Time physical exercise: prevalence, attitudinal correlates, and behavioural correlates among young Europeans from 21 Countries. In: Preventive Medicine 26, 845-854.
- Stock C., Krämer A. (2000): Gesundheitsfördernde Hochschulen, Weinheim und München, Juventa.
- Stock, C., Krämer A. (2000): Psychosoziale Belastung und psychosomatische Beschwerden von Studierenden, in Sonntag U., Gräser S., Stock C., Krämer A.(2000): Gesundheitsfördernde Hochschulen, Weinheim und München, Juventa.
- Stock C, Kücün, N, Miseviciene I, Guillen-Grima, F, Perkeviciene J, Aguinaga-Ontoso I, Krämer, A., (2003): Differences in health complaints among university students from three European countries. Preventive Medicine, 37, 535-543.
- Sonntag U., Gräser S., Krohne, H. W. (2001): Stress und coping theories. In: Smelser&Baltes (2001), 15163-15170.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2003): Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NHSDA Series H-22, DHHS Publication No. SMA 03-3836). Rockville, MD.
- Siegrist, J. (1995): Medizinische Soziologie, Urban und Schwarzenberg Verlag, München
- Statistisches Landesamt (2006): Stuttgart, den 8. September 2006 – Nr. 292, <http://wwwext.stala.bwl.de/Pressemitt/2006292.asp?200609>
- Statistisches Bundesamt (2006 A): Mikrozensus 2005. [www.destatis.de](http://www.destatis.de)
- Statistisches Bundesamt (2006 B): Sozialversicherungspflichtige am Arbeitsplatz, [www.destatis.de](http://www.destatis.de)
- Statistisches Bundesamt (2006 C): Bestand an arbeitslosen Ausländer im Jahresdurchschnitt, [www.destatis.de](http://www.destatis.de).
- Terkessidis M. (2000): Migranten. Rotbuch Verlag, Hamburg
- Troits, P.A.(1982): Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior, 23.

- Thimm, C. (2000): Kommunikation von Kompetenz. In: Ebbecke-Nohlen, Andrea (Hrsg.), Balance-Akte. Heidelberg: Carl Auer, S. 296-307.
- Titzmann, P. F., Schmitt-Rodermund, E. & Silbereisen, R.K. (2005): Zwischen den Kulturen: Zur Akkulturation jugendlicher Immigranten. In U. Fuhrer & H.H.
- Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Valimaa, R, Danielson M, Overpeck, M, (2006): Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America, Soc Sci Medicine, 62, 815-827.
- Uslucan (Hrsg.). Familie, Akkulturation und Erziehung (S. 86 - 110). Stuttgart: Kohlhammer.
- Vaez M & Laflamme L. (2003): Health behaviours, self-related health, and quality of life: a study among first-year Swedish university students. In Journal of American College Health, Vol. 51, No 4.
- Vollrath M. (1988): Studentinnen: Stress und Stressbewältigung im Studium, Campus Verlag, Frankfurt.
- von Bothmer M.I.K & Friedlund B. (2003): Self-related health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. In Nordic College of Caring Sciences, 17, 347-357.
- Yang K, Laffrey SC, Stuijbergen A, Im EO, May K, Kouzekanani K. (2007): Leisure-time physical activity among midlife Korean immigrant women in the US. In: Journal of Immigration & Minority Health. 2007 Oct; 9(4):291-298.
- Wandle J., Steptoe A. (1991): The European health and behaviour survey: rationale, methods, and initial results from the United Kingdom. In Social Sciences and Medicine, 8, 925-936.
- Wardle et al. (2004): Depression, perceived control and life satisfaction in University students from Central-Eastern and Western Europe. In International Journal of Behavioral Medicine, Vol. 11, No1, 27-36.
- Weiss, E., English, E. (1949): Psychosomatic Medicine, Philadelphia London
- Weiss, R. (2003): Macht Migration krank?: Eine transdisziplinäre Analyse zur Gesundheit von Migranrinnen und Migranten, Zürich, Siesmo.
- Weissingen V. (1996): Gesundheitsförderung im Studium - Aspekte zum Wohlbefinden im Lebensraum Hochschule. Lorenz-von-Stein-Institut für

Verwaltungswissenschaften an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel,  
Arbeitspapiere Nr. 40.

Weindling, P. (2001): Physicians as Migrants: sickness and forced Migration of medical refugees from Germany 1933-1945. In: Marschalck, P. & Weidl, K.H. (2001) (Hrsg.): Migration und Krankheit, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück.

Weilandt C, Rommel A, Raven U. (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. EnquêtKommission, Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW.

Winslow, M. (1999): Polish Migration to Britain: War, Exile and Mental Health, in: Oral History, 27, S. 57-64.

Wirsching, M. (1996): Psychosomatische Medizin, C.H. Beck, München.

Witmer, J., Sweeny, T. (1992): A holistic model for wellness and prevention over the lifespan, Journal of Counseling and Development 71, 140-148

Wittig U, Merbach M, Siefen RG, Brähler E. (2004): Complaints and health care system utilisation of ethnic German migrants from the former Soviet Union to Germany and their families. In: Gesundheitswesen. 2004 Feb;66(2):85-92.

Wolff, H (1950): Stress and Disease, Springfield IL, Charles C. Thomas.

World Health Organization (1948): Constitution. World Health Organization, Genf.

World Health Organization (1999): European health for all statistical database. Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organization Regional Office for Europe and the International Diabetes Federation, Europe (1990): Diabetes mellitus in Europe: a problem at all ages and in all countries. A model for prevention and self care. Meeting. Giorn Ital Diabetol 10 (suppl).

WHO (1994): Gesundheitsförderung - eine Diskussionsgrundlage über Konzepte und Prinzipien. Kopenhagen: WHO.

WHO (2007): [http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/) (21.07.2007)

Zink A, Korporal J. (1984): Soziale Epidemiologie der Erkrankungen von Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland. In: Kentenich H u. a. (Hrsg.). Zwischen

zwei Kulturen - was macht Ausländer krank? Berlin, Verlagsgesellschaft für  
Gesundheit

Zuhal B. & Steptoe A (2000): Migration, Culture Conflict and Psychological Well-  
Being among Turkish-British Married Couples." *Ethnicity & Health* 5(2):173-180.



## Erklärung an Eides Statt

Hiermit erkläre ich die von mir vorgelegte Dissertation selbst und ohne die unzulässige Hilfe Dritter verfasst zu haben. Sie stellt auch in Teilen keine Kopie anderer Arbeiten dar, und die benutzten Mittel sowie die Literatur sind vollständig angegeben.

Bielefeld, 15.10.2007

-----

Vihra Naydenova

## Skalen und Items (im Fragebogen)<sup>1</sup>

Frage	Zahl der Antworten	Quelle
Wie schätzen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein?	4	Bundesgesundheitsurvey Gesundheitssurvey, 1998
Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit?	4	Gesundheitssurvey (GS) – Bielefeld <sup>2</sup>
Zufriedenheit	6	Gesundheitssurvey (GS)-Bielefeld  Plus neue Items (Naydenova)
Psychosomatische Beschwerden	6	nach Hurrelmann K., Kolip P., 1994
Belastung durch unterschiedlichen Faktoren	6	Gesundheitssurvey (GS)-Bielefeld  Plus neue Items nach Belastung durch Migration (Naydenova)
Antonovsky, SOC L9 –kurze Version	7	Antonovsky - Verkürzte Leipziger Version SOC-L9 (Schmacher et al, 2000)
Wahrgenommener Stress	6	Perceived Stress Scale (PSS-14) (Sheldon Cohen, 1983)
Soziale Unterstützung	4	Nach Saranson, 1983 Social Support Questionnaire (SSQ; Saranson et al., 1983), Verwendet auch in Gesundheitssurvey (GS) – Bielefeld
Depressive Symptomatik	6	M- BDI (Schmidtt et al, 2003) Die modifizierte Version des Beck's Depressionsinventars
Fragen nach Werte/Wünsche	-	Neue Items (Naydenova)
Fragen nach Migrationstendenzen	6	Neue Items (Naydenova)
Ernährung, Studium, BMI		Gesundheitssurvey (GS)-Bielefeld
Rauchen	-	Bundesgesundheitsurvey Gesundheitssurvey, 1998
Alkohol	-	Bundesgesundheitsurvey Gesundheitssurvey, 1998
Soziodemographischen Fragen		Gesundheitssurvey (GS)-Bielefeld

<sup>1</sup> Auf der Basis existierender Fragebögen zur Messung der Gesundheit (Bundesgesundheitsurvey, Survey der Bielefelder Studierenden<sup>1</sup>) wurde ein neuer Fragebogen mit dem Schwerpunkt auf die Erhebung der psychischen Gesundheit. Der Fragebogen beinhaltet mehrere standardisierte Messinstrumente und darüber hinaus eine Reihe von selbstentwickelten Items.

<sup>2</sup>Stock C, Krämer A. (2001): Die Gesundheit von Studierenden im Studienverlauf. Gesundheitswesen 63(Sonderheft 1):S56-S59.

## FRAGEBOGEN

# STRESS UND GESUNDHEIT



--	--	--



Liebe Studierenden,

wir möchten Sie um das Ausfüllen des Fragebogens bitten. Der Fragebogen beschäftigt sich mit der Gesundheit von Studenten in Bielefeld. Ihre Beteiligung an der Studie ist freiwillig, durch das Ausfüllen des Fragebogen geben Sie Ihre Zustimmung dafür. Bitte beantworten Sie alle Fragen ehrlich, offen und spontan. Ihre Daten werden anonym behandelt und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwenden.

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit*


Vihra Naydenova

Rafael Mikolajczyk

### Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bei Aussagen, die Sie bewerten sollen, kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Meinung oder Bewertung am ehesten entspricht.

Beispiel:

1. Wie zufrieden fühlen Sie sich heute?					
Überhaupt nicht	Wenig	Eher wenig	Eher zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den Fragen zum Ausfüllen werden Sie gebeten, stichwortartige Antworten zu geben.



**Zuerst stellen wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand**

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

<b>Ausgezeichnet</b>	<b>Sehr gut</b>	<b>Gut</b>	<b>Weniger Gut</b>	<b>Schlecht</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie den derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

<b>Derzeit viel besser als vor einem Jahr</b>	<b>Derzeit etwas besser als vor einem Jahr</b>	<b>Etwa so wie vor einem Jahr</b>	<b>Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr</b>	<b>Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit?

<b>Gar nicht</b>	<b>Eher wenig</b>	<b>Eher mehr</b>	<b>Sehr</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen...	<b>Die ganze Zeit</b>	<b>Meistens</b>	<b>Etwas mehr als die Hälfte der Zeit</b>	<b>Etwas weniger als die Hälfte der Zeit</b>	<b>Ab und zu</b>	<b>Zu keinem Zeitpunkt</b>
...war ich froh und guter Laune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im nächsten Teil des Fragebogens wenden wir uns einigen ausgewählten Bereichen Ihrer Gesundheit zu

5. Haben Sie in den letzten 6 Monaten einen Arzt aufgesucht?

Nein

Ja; wie häufig?   mal

Was waren die Gründe?.....

6. Waren Sie in den letzten 12 Monaten so erkrankt, dass Sie im Bett bleiben mussten?

Nein

Ja; wie häufig?   mal

Um welche Erkrankungen handelte es sich?.....

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja, welche? .....

Weshalb?.....


8. In welchem Maße wird Ihr Wohlbefinden in der Universität durch folgende Aspekte beeinträchtigt?

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme völlig zu
Im Universitätsgebäude sollte generell nicht geraucht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol sollte im Universitätsgebäude nicht verkauft werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Angebot an gesunder Ernährung an der Universität ist ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Stühle in den meisten Seminarräumen sind ausreichend bequem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sitze in den meisten Hörsälen sind ausreichend bequem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Universitätsgebäude hat eine angenehme Atmosphäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**In nächsten Abschnitt geht es um Ihre Zufriedenheit mit unterschiedlichen Bereichen Ihres Lebens**

9. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

	Sehr un- zufrieden					Sehr zufrieden
1. Studium allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wahl des Studienfaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ihre Leistungen an der Universität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ihre Integration an der Universität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ihre Berufsperspektiven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ihre Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ihr Wohngebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ihr Studienort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ihre Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ihre finanzielle Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ihr Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ihre Kontakte mit den Eltern / Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. im Bereich der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. im Bereich der Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Deutschland als Land, wo Sie studieren – allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. politische Situation in Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. wirtschaftliche Situation in Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. politische Situation Ihrer Heimat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. wirtschaftliche Situation Ihrer Heimat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen:

21. Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrem Leben?

**Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit gesundheitlichen Beschwerden und unterschiedlichen Belastungen in Ihrem Leben**

10. Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie im Verlauf des letzten Jahres?

	Nie	Eher selten	Eher oft	Sehr oft
1. Magenbeschwerden/Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hände zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Herzrasen/Kreislaufbeschwerden/Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Unterleibsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gewichtszunahme/Gewichtabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Nervosität/Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ängste/Phobien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sonstiges, und zwar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				

11. In welchem Ausmaß fühlen Sie sich durch folgende Bereiche belastet?

**Gar  
nicht**



**Sehr  
stark**

1. Studium allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Klausuren, Hausarbeiten, Referate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fehlender Praxisbezug des Studiums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anonymität an der Universität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schlechte Berufsperspektive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Probleme mit den Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Probleme mit den Mitstudierenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Probleme mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wohnungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Probleme mit der Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Finanzielle Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Arbeitsbelastung neben dem Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Isolation in der Universität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Isolation allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Unzureichende Zeit für das Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Arbeit bei schlechten Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Probleme mit der Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Kulturelle Unterschiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Probleme mit der Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Heimwehgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. anderes:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen:						
24. Wie stark belastet fühlen Sie sich im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**In nächsten Abschnitt geht es um Ihre Empfindungen und Gedanken in bestimmten Situationen, aus Ihrem Alltag**

1. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

**Sehr oft**

**Sehr selten oder nie**

2. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass...

**Sie spüren, wie schön es ist, zu leben**

**Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben**

3. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie ...

**eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung**

**eine Quelle von Schmerz und Langeweile**

4. Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?

**Sehr oft**

**Sehr selten oder nie**

5. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt, ...

**dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden**

**dann wird bestimmt etwas passieren, das dieses Gefühl wieder verdirbt**

6. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben...

**ohne jeden Sinn und Zweck sein wird**

**voller Sinn und Zweck sein wird**

7. Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

**sehr oft**

**selten oder nie**

8. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass ...

**es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden**

**Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden**

9. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

**sehr oft**

**sehr selten oder nie**

## Persönliche Einschätzung

Bitte kreuzen Sie immer diejenige Antwortalternative an, mit der Sie am ehesten übereinstimmen.  
Antworten Sie spontan, ohne längeres Zögern.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1. Habe ich ein Ziel erreicht, dann suche ich mir eine größere Herausforderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mir kommt es immer darauf an, etwas zu bewirken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. In brenzligen Situationen habe ich oft das Gefühl, auf verlorenem Posten zu stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich ziehe aus alltäglichen Schwierigkeiten wichtige Erfahrungen, um mein Leben besser zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich male mir meine Wunschträume genau aus, um sie zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich möchte mit dem, was ich tue, etwas Wichtiges in dieser Welt bewegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wenn ich mir etwas vorgenommen habe, kann mich nichts mehr aufhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn die Dinge nicht so gut laufen, warte ich lieber, bis sie sich von selbst regeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich konzentriere mich für meinen Erfolg auf das, was ich für wesentlich halte und lasse mich dabei nicht ablenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich denke immer daran, was man wohl noch verbessern könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich arbeite mich nach oben, auch wenn der Weg oft steinig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich übernehme gerne Verantwortung und ziehe dabei oft für andere „den Karren aus dem Dreck“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wenn es „hart auf hart kommt“, nehme ich die Sache in die Hand und finde einen Weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich baue nur auf sicherem Boden und lasse die Finger von Experimenten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich stecke meine Ziele nicht allzu hoch, weil ich oft befürchte, dass ich scheitere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>stimmt nicht</b>	<b>stimmt kaum</b>	<b>stimmt eher</b>	<b>stimmt genau</b>
16. Ich habe Freude daran, die Qualität meiner Arbeit zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich suche mir gern Herausforderungen und gehe dafür auch Wagnisse ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wenn ich ein Problem habe, schlafe ich erst einmal eine Nacht darüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wenn mir ein Problem zu schwierig erscheint, dann lasse ich es so lange ruhen, bis ich mich ihm gewachsen fühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wenn ich ein Problem habe, lasse ich es erst einmal auf kleiner Flamme köcheln, bevor ich es anpacke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich traue mir zu, schwierige Probleme zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Anstatt voreilig zu handeln, überlege ich mir normalerweise verschiedene Lösungsmöglichkeiten für ein Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich male mir verschiedene Handlungsweisen aus, um für alles gewappnet zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich gehe ein Problem an, indem ich mir verschiedene Handlungsmöglichkeiten überlege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Wenn ich ein Problem mit Kollegen, Freunden oder meiner Familie habe, mache ich mir zunächst Gedanken, wie ich erfolgreich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Bevor ich ein Problem anpacke, stelle ich mir erfolgreiche Problemlösungen vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich handle erst, nachdem ich mir sorgfältig Gedanken über das Problem gemacht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich stelle mir schon vor, wie ich ein schwieriges Problem löse, bevor es überhaupt auftritt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich betrachte ein Problem von verschiedenen Seiten, bevor ich den richtigen Lösungsweg finde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Wenn ich Konflikte mit meinen Kollegen, Familienmitgliedern oder Freunden habe, spiele ich zunächst einmal durch, wie ich mich ihnen gegenüber verhalten werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Bevor ich etwas in Gang bringe, stelle ich mir alle möglichen Konsequenzen vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>stimmt nicht</b>	<b>stimmt kaum</b>	<b>stimmt eher</b>	<b>stimmt genau</b>
32. Ich treffe Vorkehrungen für die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ehe ich mein Geld zum Fenster hinauswerfe, spare ich es für schlechte Zeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ich wappne mich frühzeitig gegen mögliche Schicksalsschläge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Schon bevor etwas Schlimmes eintritt, bin ich auf die Folgen gut vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Wenn ich etwas vorhabe, sehe ich mein Ziel klar vor Augen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ich nutze jede Gelegenheit zur Weiterbildung, um dem beruflichen Abstieg vorzubeugen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich kümmere mich darum, dass meine Angehörigen in der Zukunft gut versorgt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ich mache mir Gedanken darüber, wie ich Gefahren am besten aus dem Weg gehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ich bin darauf bedacht, mögliche Krisen zum Guten zu wenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ich versuche, mein Geld so anzulegen, dass es mir im Alter an nichts fehlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Bei einer umfangreichen Aufgabe neige ich dazu, aus einem großen Packet viele kleine Päckchen zu schnüren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Ich mache einen Plan und gehe danach vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Ich löse Probleme Schritt für Schritt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ich mache mir einen Plan und konzentriere mich zuerst auf die wesentlichsten Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Wenn ich niedergeschlagen bin, treffe ich mich mit Leuten, damit sie mich aufmuntern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Ich suche Unterstützung bei anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Ich weiß, auf wen ich zählen kann, wenn es darauf ankommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Wenn ich niedergeschlagen bin, suche ich das Gespräch mit anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>stimmt nicht</b>	<b>stimmt kaum</b>	<b>stimmt eher</b>	<b>stimmt genau</b>
50. Um enge Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, vertraue ich anderen meine Gefühle an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Wenn es kritisch wird, hole ich mir gerne Rat von anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Bevor mir meine Probleme über den Kopf wachsen, versuche ich, meine Gedanken mit Hilfe meiner Freunde zu ordnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Nützliche Tipps von anderen haben mir schon oft dabei geholfen, mit meinen Problemen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Ich habe einen guten Blick dafür, wer mir bei bestimmten Problemen auf die Sprünge helfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Ich frage andere, was sie an meiner Stelle tun würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Es hilft mir, wenn andere Leute ihre Sichtweise meines Problems darstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Wenn mich etwas überfordert, sehe ich mich nach tatkräftiger Unterstützung um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Wenn mir andere Leute helfen, komme ich auch mit schwierigen Situationen zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Gefühle und Gedanken

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihren Gefühlen und Gedanken während der letzten 4 Wochen. Bitte beurteilen Sie dabei die Häufigkeit bestimmter Empfindungen und Gefühle. Beantworten Sie bitte jede Frage einzeln und unabhängig, auch wenn Ihnen einige Bereiche ähnlich vorkommen. Sollten Ereignisse oder Veränderungen, nach denen gefragt wird, in den letzten vier Wochen nicht vorgekommen sein, so bewerten Sie bitte trotzdem, wie Sie sich dann gefühlt hätten. Bitte füllen Sie den Fragebogen zügig aus, indem Sie den Skalenwert ankreuzen, der Ihre Einschätzung am ehesten trifft

In den letzten vier Wochen.....

Nie  Sehr oft

1. Wie oft fühlen Sie sich aus der Fassung gebracht, weil etwas Unerwartetes in ihrem Leben passiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie oft hatten das Gefühl, dass Sie wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht unter Kontrolle haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie häufig fühlen Sie sich nervös und angespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie oft konnten Sie mit unangenehmen Ereignissen erfolgreich umgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie oft hatten Sie das Gefühl, mit wichtigen Veränderungen in Ihrem Leben gut umgehen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft fühlten Sie sich sicher, dass Sie mit persönlichen Problemen gut umgehen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass sich die Dinge Ihren Vorstellungen entsprechend entwickeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Sie mit den alltäglichen Anforderungen nicht zu Recht kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie oft gelang es Ihnen, Ärgernisse aus dem Weg zu räumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie oft hatten Sie das Gefühl, oben auf zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie oft haben Sie sich darüber geärgert, dass Dinge passiert sind, die Sie nicht unter Kontrolle hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wie oft haben Sie gemerkt, dass Sie über Dinge nachdenken, die Sie noch erledigen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wie oft konnten Sie über Ihre Zeit frei verfügen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Ihnen Schwierigkeiten so über den Kopf wachsen, dass sie damit nicht fertig werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**In den nachfolgenden Fragen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn**


Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	Trifft nicht zu				Trifft genau zu
1. Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung (z. B. Blumen, Haustiere, Post) kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit denen ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wie viele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, die Sie unterstützen, wenn es Ihnen emotional schlecht geht?					
<b>Keine Person</b>		<b>1 Person</b>	<b>2-3 Personen</b>	<b>Mehr als 3 Personen</b>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Sind Sie im Allgemeinen mit der Unterstützung, die Sie in solchen Fällen bekommen zufrieden?					
<b>Sehr zufrieden</b>			<b>Gar nicht zufrieden</b>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Lebensqualität und Lebensgefühl

14. Wenn Sie einmal über Ihre Lebensqualität nachdenken: Wie sind die Dinge für Sie in den **letzten vier** Wochen gelaufen?

<b>Sehr schlecht</b>	<b>Schlecht</b>	<b>Ungefähr zu gleichen Teilen gut und schlecht</b>	<b>Ziemlich gut</b>	<b>Sehr gut</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den nachfolgenden Fragen geht es um Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl. Bitte geben Sie zu jeder Frage an, wie häufig Sie die genannte Stimmung oder Sichtweise erleben.

	Nie					Fast immer
1. Ich bin traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich sehe mutlos in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich als Versager(in).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es fällt mir schwer, etwas zu genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe Schuldgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich fühle mich bestraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bin von mir enttäuscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich werfe mir Fehler und Schwächen vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich denke daran, mir etwas anzutun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich weine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fühle mich gereizt und verärgert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mir fehlt das Interesse an Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich schiebe Entscheidungen vor mir her.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich bin besorgt um mein Aussehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich habe Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich bin müde und lustlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich habe keinen Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sex ist mir gleichgültig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Und jetzt möchten wir noch einige Fragen dazu stellen, wie Sie sich selber sehen**

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Wünsche und Sehnsüchten

Sie haben drei Wünsche an das Schicksal frei – was wünschen Sie sich? Wählen Sie von diesen Möglichkeiten und ordnen Sie die ersten drei in einer Reihenfolge.

- Frieden in der Welt, mehr Verständnis miteinander
- Freiheit, Sicherheit für alle
- Gesundheit
- Gute Familie
- Ruhe
- Ferien
- Viel Geld
- Finanzielle Sicherheit
- Erfolg
- Glück
- Reife Liebe
- Genuss
- Wahre Freundschaft
- Weisheit
- Sonstiges, und zwar.....

1 .....

2 .....

3 .....


15. Wenn Sie könnten, würden Sie Ihren derzeitigen Aufenthaltsort verlassen und woanders hinziehen wollen?

**Gar nicht**

**Sehr stark**






16. Was wären die ausschlaggebenden Gründe für Sie, Ihren derzeitigen Wohnort zu verlassen?

--	--

.....

.....

.....

17. In welchen Ländern könnten Sie sich vorstellen dauerhaft zu leben?

--	--

.....

**Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Ernährung**

18. Wie oft nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?

	Mehrmals täglich	Täglich	Mehrmals pro Woche	1-4mal pro Monat	Nie
1. Süßigkeiten (Schokolade, Bonbons etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kuchen/Teilchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Knabbereien (Chips, Erdnüsse etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fast Food/Dosengerichte (Pizza, Hamburger, Pommes frites, Ravioli aus der Dose etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frisches Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Salat/Rohkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gekochtes Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Limonaden/Soft Drinks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fleisch/Wurstwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fisch Meerestiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Milch/Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Getreide/Getreideprodukte (Vollkornbrot, Müsli, Haferflocken etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wie wichtig ist für Sie, gesund zu essen?

**Sehr wichtig**





**Überhaupt nicht wichtig**

20. Wenn Sie sich manchmal nicht gesund ernähren, was sind die Gründe dafür?

**Stimmt zu**

**Stimmt gar nicht zu**

Keine Lust






Zu wenig Geld






Keine Zeit






Anderes:






.....

21. Wie oft üben Sie in einer normalen Woche körperliche Aktivitäten (Sport, körperliche Arbeit etc.) aus, die mindestens 20 Minuten dauern, Sie stärker atmen lassen und Ihren Puls deutlich erhöhen?

**Weniger als einmal**

**1 oder 2 mal**

**Mindestens 3 mal**

22. Wie groß sind Sie?  cm

23. Wie schwer sind Sie?  kg

24. Sie glauben, dass Sie ...

<b>Viel zu dünn sind</b>	<b>Ein bisschen zu dünn sind</b>	<b>Genau richtig</b>	<b>Ein bisschen zu dick sind</b>	<b>Viel zu dick sind</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem aktuellen Gewicht?

<b>Sehr zufrieden</b>	<b>Eher zufrieden</b>	<b>Eher unzufrieden</b>	<b>Sehr unzufrieden</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Der nächste Abschnitt des Fragebogens bezieht sich auf Rauchen, Drogen und Alkohol**

26. Wie häufig haben Sie in den letzten 3 Monaten geraucht? (Zigaretten, Pfeife, Zigarillos, Zigarren)

praktisch täglich

zu bestimmten Gelegenheiten

nie

27. Wenn Sie praktisch täglich rauchen: Wie viele Zigaretten rauchen Sie dann durchschnittlich?

Ich rauche pro Tag ca.  Zigaretten

28. Haben Sie während der letzten 12 Monate versucht mit dem Rauchen aufzuhören?

Ja       Nein

29. Haben Sie schon Drogen einmal probiert bzw. konsumiert?

Ja, regelmäßig       Ja, nur probiert       Nein, noch nie probiert

30. Wenn ja, welche? .....

(Haschisch, Kokain, Heroin, Crack, LSD, Ecstasy)

31. Wie häufig haben Sie durchschnittlich in den letzten drei Monaten Alkohol z.B. ein Glas Bier, getrunken?

**Mehrmals  
pro Tag**

**Jeden  
Tag**

**Mehrmals  
pro Woche**

**Einmal  
pro Woche**

**Seltener als  
eimal pro Woche**

**Nie**

32. Treffen folgende Aussagen für Sie zu?

**Trifft zu**

**Trifft  
nicht zu**

Ich habe morgens schon einmal als erstes Alkohol getrunken, um mich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden.

Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, dass ich meinen Alkoholkonsum verringern sollte.

Jemand hat mich durch das Kritisieren meines Trinkens ärgerlich gemacht

Ich habe mich schon einmal wegen meines Trinkens schlecht oder schuldig gefühlt.

**Abschließend möchten wir Ihnen einige Fragen zum Studium stellen**

33. In welchem Semester sind Sie im Moment?   Semester

34. Was studieren Sie? .....

35. Wie wichtig ist es Ihnen, gute Leistungen an der Universität zu erbringen?

**Sehr wichtig**

**Eher wichtig**

**Eher unwichtig**

**Ganz unwichtig**

36. Wie schätzen Sie Ihre Leistung im Vergleich zum Durchschnitt Ihrer Kommilitonen?

**Viel besser**

**Besser**

**Gleich gut**

**Schlechter**

**Viel schlechter**

37. Haben Sie konkrete Pläne für die Zeit nach dem Studium?

Nein

Ja, welche? .....

38. Wenn ja, wie sicher sind Sie sich, diese Pläne umsetzen zu können?

**Sehr sicher**

**Eher sicher**

**Eher unsicher**

**Ganz unsicher**



### Zuletzt noch einige Angaben zu Ihrer Person

39. Wie alt sind Sie?  Jahre

40. Welches Geschlecht haben Sie?  Weiblich  Männlich

41. Welche Nationalität haben Sie?  Deutsch  Andere, und zwar .....

42. In welchem Land sind Sie geboren?

In Deutschland

In einem anderen Land und zwar.....

Seit wann leben Sie in Deutschland? .....

43. Welcher Religion oder Konfession gehören Sie an?

Christentum:  Katholisch  Protestantisch  Orthodox  andere: .....

Islam:  sunnitisch  shiitisch  andere: .....

andere Religionen: .....

keine

44. Wie stark können Sie der folgenden Aussage zustimmen: „Mein Glaube hat die größte Bedeutung in meinem Leben/den größten Einfluss auf mein Leben“?

**Stimme ganz zu**

**Stimme zu**

**Unentschieden**

**Ich stimme nicht zu**

**Ich stimme überhaupt nicht zu**

45. Wie häufig nehmen Sie an Gottesdiensten teil?

**1x pro Woche oder mehr**

**1x im Monat oder mehr**

**1x im Jahr oder mehr**

**Seltener als 1x im Jahr**

**Nie**

46. Über welches monatliche Einkommen abzgl. Miete (Warmmiete + Strom) verfügen Sie derzeit?

Euro (bitte alle Einnahmen zusammenrechnen)

47. Als wie ausreichend schätzen Sie das Ihnen zur Verfügung stehende Geld ein?

**Völlig ausreichend**

**Ausreichend**

**Weniger ausreichend**

**Gar nicht ausreichend**

48. Auf welche Weise finanzieren Sie Ihr Studium vorrangig? (Mehrfachnennungen möglich)

- Unterstützung der Eltern
- BAfög
- Erwerbstätigkeit während des Semesters
- Erwerbstätigkeit in den Semesterferien
- Stipendium
- Sonstiges: .....

49. Welche Schulbildung haben bzw. hatten Ihre Eltern?

Mutter

Vater

Ohne Schulbildung

Volksschule/Hauptschule

Real-, Handels-, Fachschule

Fachhochschul-, Hochschulreife

Abgeschlossene (Fach)-Hochschulstudium

50. Welchen Familienstand haben Sie:

- ledig
- verheiratet
- anderes und zwar.....

51. Haben Sie einen festen Partner?

Ja

Nein

Wenn ja, wie lange sind Sie zusammen? seit  Monaten oder seit  Jahren

52. Haben Sie Kinder?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viele? Ich habe  Kinder (Bitte die Anzahl eintragen)

53. Wie ist Ihre Wohnungssituation (während des Semesters)?

- Ich wohne alleine
- Ich wohne mit meinem Partner/meiner Partnerin zusammen
- Ich wohne bei meinen Eltern
- Ich wohne in einer WG
- anderes: .....

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!