

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Allgemeinmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Martin Scherer

Vergleich der First-Line-Versorgung von Geflüchteten in einer Hamburger Erstaufnahme-Einrichtung mit der primärärztlichen Regelversorgung in Bezug auf Patientenlientel, Morbiditätsspektrum und Leistungsgeschehen

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Dana Schlichting
aus Stade

Hamburg 2019

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 18.11.2019**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Martin Scherer

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Ingo Schäfer

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	5
2.	Stand der Forschung.....	6
2.1	Rechtliche und strukturelle Voraussetzungen.....	6
2.1.1	Begrifflichkeiten.....	6
2.1.2	Asylbewerberleistungsgesetz.....	7
2.1.3	Geflüchtete in Deutschland.....	8
2.1.4	Geflüchtete in Hamburg.....	9
2.2	Die medizinischen Belange Geflüchteter.....	10
2.2.1	Die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Hamburg.....	10
2.2.2	Die medizinische Versorgungssituation Geflüchteter in Deutschland.....	13
2.2.2.1	Zugang zu Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahme.....	13
2.2.2.2	Gesundheitsdatenerfassung und -kommunikation.....	18
2.2.2.3	Die medizinische Versorgungssituation vulnerabler Gruppen.....	20
2.2.3	Die Gesundheitslage Geflüchteter.....	22
2.2.3.1	Daten aus Deutschland.....	22
2.2.3.2	Internationale Daten.....	27
2.3	Die <i>International Classification of Primary Care</i> und CONTENT.....	31
2.4	Zusammenfassung des Forschungsstands.....	33
3.	Fragestellung und Ziel.....	35
4.	Material und Methoden.....	37
4.1	Methodische Anlage der Untersuchung.....	37
4.2	Ort der Untersuchung und Patient_innen.....	38
4.3	Quelldatenbank, Pseudonymisierung und Auswertungsinstrumente.....	39
4.4	Durchführung der Untersuchung.....	40
4.4.1	Repräsentativität der 35 %-Stichprobe.....	41
4.5	Datenanalyse.....	42
4.6	Datenschutz und Genehmigung durch die Ethik-Kommission.....	44
5.	Ergebnisse.....	45
5.1	Literaturrecherche.....	45
5.2	Beschreibung der Stichprobe.....	45
5.3	Struktur der Behandlungsepisoden.....	47
5.4	Dauer der Behandlungsepisoden.....	48
5.5	Beratungsanlässe (Reasons for Encounter).....	50
5.6	Diagnosen.....	53
5.7	Befunderhebung und Prozeduren.....	58
6.	Diskussion.....	60

6.1	Strenghts and Limitations.....	60
6.1.1	Darstellung von „sozialen Problemen“ in ICPC-Codes	61
6.2	Bedeutung der Ergebnisse und Vergleich mit der Literatur	63
6.2.1	Modell und Vergleichsdaten: Die CONTENT-Studie.....	64
6.2.2	Beratungsanlässe (RfEs).....	65
6.2.3	Diagnosen	70
6.2.4	Generierung von Behandlungsepisoden.....	76
6.3	Schlussfolgerung.....	78
7.	Zusammenfassung.....	80
8.	Literaturverzeichnis	81
9.	Abkürzungsverzeichnis.....	88
10.	Anhang	90
10.1	Abbildungen	90
10.2	Tabellen	95
10.3	Instrumente	121
11.	Danksagung	124
12.	Lebenslauf.....	126
13.	Eidesstattliche Versicherung	127
14.	Abstract.....	128

1. Einleitung

Hintergrund dieser Dissertation ist die sogenannte „Flüchtlingskrise“ in den Jahren 2015 und 2016. Im Jahre 2016 befanden sich weltweit mehr Menschen auf der Flucht als jemals zuvor. Grund hierfür sind zahlreiche bewaffnete Konflikte, unter anderem der Bürgerkrieg in Syrien, der 2011 seinen Anfang nahm. Syrien ist das Herkunftsland der meisten seit 2011 vom *Office of the United Nations High Commissioner for Refugees* (UNHCR) registrierten Geflüchteten. Der größte Teil von ihnen wurde zunächst von vier unmittelbaren Nachbarländern aufgenommen. Im Jahr 2015 kam es zu einem drastischen Anstieg der Anzahl nach Europa einreisender Geflüchteter, was in mehreren Ländern bzw. Teilen von Ländern als „krisenhaft“ bewertete Zustände zur Folge hatte. Von allen europäischen Ländern wurden in Deutschland die meisten Erstanträge auf Asyl gestellt (UNHR Report 2016). Von den deutschen Großstädten nahm Hamburg prozentual zu seinen Einwohner_innen¹ die meisten Menschen auf (BAMF 2016), was das schnelle Bereitstellen zahlreicher Unterkünfte in Form von Erstaufnahmeeinrichtungen (EAs) und Folgeunterkünften erforderte. Nicht nur der Betrieb der Unterkünfte und die Bearbeitung der Asylanträge stellten Herausforderungen dar, sondern auch die Sicherstellung einer adäquaten medizinischen Versorgung für eine große und sehr diverse Gruppe von Menschen. Es gab weder deutschlandweit einheitliche Standards noch Leitfäden, die Klarheit über die rechtlichen und praktischen Aspekte dieser nicht-regelhaften Versorgung gegeben hätten. Die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu gewährenden Leistungen sind sehr eingeschränkt und es ist im Einzelfall schwer zu interpretieren, ob die Bedingungen für eine Inanspruchnahme erfüllt sind. Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in Hamburg sollte dieses Problem beheben, indem sie dafür sorgte, dass Asylsuchende den gesetzlich Krankenversicherten technisch in Bezug auf den Zugang zum Gesundheitssystem nahezu gleichgestellt wurden. Aufgrund der sprunghaften Zunahme der Geflüchtetenzahlen in den Jahren 2015 und 2016 gelang es jedoch in vielen Fällen nicht, kurzfristig genügend eGKs auszustellen. In den Hamburger EAs wurden ärztliche Sprechstunden eingerichtet, die nach einheitlichen Vorgaben organisiert waren und von allen Bewohner_innen unabhängig vom Versichertenstatus genutzt werden konnten. Ein Beispiel

¹Im Sinne einer gendergerechten Sprache wird in dieser Arbeit der sogenannte „Gender-Gap“ verwendet. Neben einer typografischen Vereinfachung der gleichzeitigen, gleichwertigen Nennung weiblicher und männlicher Personen dient er dazu, auch alle Personen einzuschließen, die sich weder dem weiblichen noch dem männlichen Gender zuordnen können oder wollen (s. auch Sprachwissen-Newsletter der Duden-Redaktion von 03/2017).

hierfür war die EA Rugenbarg in Hamburg-Osdorf, in der eine allgemeinmedizinische Sprechstunde von Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin (IPA) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt wurde.

Es lagen zu diesem Zeitpunkt jedoch keine Daten darüber vor, ob die Anforderungen, die Geflüchtete an das deutsche Gesundheitssystem stellen, mit denen der Allgemeinbevölkerung vergleichbar sind, ob sie besondere gesundheitliche Probleme und Bedürfnisse haben und worin diese bestehen. Ziel dieser Arbeit ist es, durch die Beantwortung dieser Fragen einen Ansatz für eine Versorgungsplanung im Falle eines erneuten beziehungsweise wieder zunehmenden Fluchtgeschehens zu geben.

2. Stand der Forschung

2.1 Rechtliche und strukturelle Voraussetzungen

2.1.1 Begrifflichkeiten

Zunächst soll ein Überblick über einige Begrifflichkeiten gegeben werden, die in dieser Arbeit, in der medialen Berichterstattung sowie anderen wissenschaftlichen Publikationen Verwendung finden. Die Definitionen sind dem UNHCR-Glossar (Stand 2017) entnommen.

Flüchtling (Refugee)

„A refugee is any person who, ‘...owing to well founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion, is outside the country of his [or her] nationality and is unable or, owing to such fear, is unwilling to avail him [or her]self of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his [or her] former habitual residence as a result of such events, is unable or, owing to such fear, is unwilling to return to it.’ (Article 1A(2) of the 1951 Convention)

Or

who is outside his/her country of origin or habitual residence and is unable to return there because of serious and indiscriminate threats to life, physical integrity or freedom

resulting from generalized violence or events seriously disturbing public order. (OAU Convention and Cartagena Declaration)."

Asylsuchende_r (Asylum-Seeker)

„An individual who is seeking international protection. In countries with individualized procedures, an asylum-seeker is someone whose claim has not yet been finally decided on by the country in which the claim is submitted. Not every asylum-seeker will ultimately be recognized as a refugee, but every refugee was initially an asylum-seeker.“

Gemäß dieser Definition, insbesondere in ihrer weiter gefassten Form, könnte bei allen Personen, die in einem anderen Land Schutz vor Not und/oder Verfolgung gesucht haben, von Asylsuchenden gesprochen werden. Jedoch sind mit Asylsuchenden üblicherweise Personen gemeint, die bereits von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, einen Asylantrag zu stellen. Daher erscheint dieser Begriff als Bezeichnung für alle Personen, die in zeitlichem Zusammenhang mit der sogenannten „Flüchtlingskrise“ nach Deutschland gekommen sind, zu eng gefasst. Flüchtlinge müssen zunächst als solche anerkannt werden, nachdem sie einen Asylantrag gestellt haben. Folglich schließt der Begriff „Flüchtlinge“ per Definition, obwohl er im allgemeinen Sprachgebrauch häufig als Oberbegriff verwendet wird, noch weniger Personen ein als „Asylsuchende“. Da nicht bei allen Menschen mit Fluchthintergrund bekannt ist, ob sie bereits einen Asylantrag gestellt haben oder gar als Flüchtling anerkannt sind bzw. Aussicht darauf haben, erscheint ein neutraler, übergreifender Begriff sinnvoll, so dass im Folgenden „Geflüchtete“ verwendet werden wird. Ein vorteilhafter Aspekt ist zudem die Vermeidung der häufig als despektierlich empfundenen Endung „-ling“.

2.1.2 Asylbewerberleistungsgesetz

Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben Geflüchtete Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Grundbedarfs. Dazu gehören Unterkunft, Ernährung, Kleidung, Gebrauchs- und Verbrauchsgüter, Körperpflege, Taschengeld sowie bestimmte Gesundheitsleistungen. Wie bereits in der Einleitung angesprochen, sind die möglichen Gesundheitsleistungen sehr eingeschränkt. Es wird lediglich die Behandlung „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ zugesichert, mit einer Ausnahme bei Schwangeren und Wöchnerinnen, denen darüberhinausgehende Betreuung

gewährt wird. Außerdem werden Schutzimpfungen und „medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen“ erbracht. Die zuständige Behörde hat die medizinische Versorgung entsprechend dem Gesetz sicherzustellen (AsylbLG §4). Ab einer Aufenthaltsdauer von 15 Monaten in Deutschland ohne wesentliche Unterbrechung wird nicht mehr das AsylbLG angewandt, sondern es werden Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch gewährt (AsylbLG §2). Wie die Versorgung genau organisiert wird, ist von Bundesland zu Bundesland und von Kommune zu Kommune unterschiedlich. So kann sie beispielsweise hauptsächlich von den Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzt_innen oder auch von medizinischen Sprechstunden in EAs getragen werden und es gibt verschiedene Modelle zur Abrechnung der Leistungen (BMJV 2017).

2.1.3 Geflüchtete in Deutschland

Laut der Statistik des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) wurden im Erhebungszeitraum Januar bis April 2016 in ganz Deutschland 240.126 Erstanträge auf Asyl gestellt (siehe Abbildung A1 im Anhang). Die fünf Hauptherkunftsländer der Geflüchteten waren Syrien (48,4 %), Irak (14,8 %), Afghanistan (12,3 %), Iran (2,7 %) und Albanien (1,9 %) (BAMF 2016).

In einer Gegenüberstellung der Asylerstantragszahlen im Verlauf der Jahre 2013 bis 2017 (Abbildung A2) zeigt sich, dass die Zahlen von 2013 bis 2015 stetig angestiegen waren, von 2015 bis Mitte 2016 stark zunahmen und schließlich in einen Peak im August 2016 mündeten, als allein 90.000 Menschen einen Asylerstantrag stellten. Hierauf folgte ein starker Abfall der Antragszahlen, so dass im Dezember 2016 wieder annähernd das mittlere Niveau von 2014 erreicht war. Bis August 2017 blieb die Anzahl der Erstantragstellungen in etwa gleich (BAMF 2017 a).

Die Anzahl der Geflüchteten, die in einem Bundesland untergebracht werden, und damit auch die Anzahl der Asylanträge, die dort gestellt werden, sind nicht zufällig, sondern folgen bestimmten Verteilungsregeln. Zunächst werden Geflüchtete in der nächstgelegenen Unterkunft untergebracht, aber dann entsprechend den Kapazitäten und der sogenannten Herkunftsländerzuständigkeit ggf. einer anderen Unterkunft/Region zugewiesen. Wie viele Kapazitäten jedes Bundesland besitzt und wie viele Geflüchtete es demnach aufzunehmen hat, wird auf der Grundlage des „Königsteiner Schlüssels“ berechnet, der jedes Jahr anhand der Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl neu ermittelt wird (BAMF 2017 b). Wie die Verteilung im Jahr 2016 aussah, kann Abbildung A3 entnommen werden.

Zur Demografie der Geflüchteten kann zusammenfassend gesagt werden, dass knapp drei Viertel der Antragsteller_innen jünger als 30 Jahre und zwei Drittel von ihnen männlich waren. Fast ein Fünftel aller Antragsteller_innen waren Männer der Altersgruppe 18-25 Jahre. Bis zum Alter von 10 Jahren und ab einem Alter von 60 Jahren war das Geschlechterverhältnis ausgeglichener (BAMF 2016).

2.1.4 Geflüchtete in Hamburg

Hamburg nimmt pro Jahr rund 2,5 % der in Deutschland ankommenden Geflüchteten auf. Die drastische Zunahme der Einreisen nach Deutschland in den Jahren nach 2011 spiegelt sich daher auch in den Zahlen aus Hamburg wider. Von 2012 bis 2013 stieg die Zahl der Ankommenden von 130 auf 250 pro Monat. Zu Beginn des Jahres 2014 kamen ca. 200 Menschen pro Monat, im Herbst waren es bereits 500 (BASFI 2017 d). Im gesamten Jahr 2015 wurden Hamburg 22.315 Personen zugewiesen, von denen 21.018 öffentlich untergebracht werden mussten. Im Jahr 2016 nahm die Anzahl der ankommenden Geflüchteten deutlich ab. Zwischen Januar und Oktober 2016 kamen nur noch 8.470 Personen nach Hamburg (BASFI 2017 c).

Zwischen Ende 2014 und Ende 2015 erweiterte Hamburg seine Erstaufnahmekapazitäten von 270 Plätzen (zwischen 2012 und Ende 2014 war der Stand unverändert geblieben) auf über 30.000 Plätze. Ab Herbst 2016 waren bei noch 14.000 Plätzen in den Erstaufnahmeeinrichtungen die Kapazitäten in den Folgeunterkünften mit knapp 25.000 Plätzen deutlich größer. Die Erstaufnahmeeinrichtungen (EAs) waren zumeist umfunktionierte öffentliche Gebäude oder Gewerbeflächen. Es wurden zusätzlich provisorische Containerunterkünfte geschaffen, allerdings waren bis Ende 2015 noch über 4000 Geflüchtete in Zelten untergebracht, was aufgrund der schlechten Beheizbarkeit ein Gesundheitsrisiko darstellte (Jakubowski et. al 2017). Die Prozedur von Ankunft und Unterbringung lief im betrachteten Zeitraum folgendermaßen ab: Die Ankommenden wurden in der Zentralen Erstaufnahme (ZEA) registriert, nach § 62 des Asylgesetzes (AsylG) erstuntersucht und danach in einer Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht, wo sie für mindestens sechs Monate leben mussten, bevor sie Anspruch auf eine Folgeunterkunft hatten, in der sie selbstständiger und unabhängiger wohnen konnten. Für die Finanzierung der EAs war die Behörde für Inneres und Sport (BIS) verantwortlich, für die Folgeunterkünfte hingegen die Behörde für Arbeit, Soziales und Integration (BASFI). Betrieben wurden die meisten Unterkünfte von „Fördern und Wohnen AöR“, einem Sozialunternehmen der Stadt Hamburg zur Bereitstellung von

Wohnraum für Obdachlose, Geflüchtete, Menschen mit Behinderung und andere, sowie einige von Kreisverbänden des Deutschen Roten Kreuzes (DRK). Da Hamburg aufgrund seiner geringen freien Fläche im Vergleich zu anderen Bundesländern Schwierigkeiten hatte, genügend Folgeunterkünfte zur Verfügung zu stellen, mussten viele Geflüchtete länger als sechs Monate auf einen Umzug warten (BASFI 2017 d).

2.2 Die medizinischen Belange Geflüchteter

2.2.1 Die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Hamburg

Die Organisation der medizinischen Versorgung von Geflüchteten im Bundesland Hamburg unterschied sich von der in den meisten anderen Bundesländern. Zwar war auch hier von der Sicherstellung einer „Behandlung im Ernstfall“ die Rede, jedoch sei das Ziel ein größtmögliches Maß an Normalität für die Leistungsberechtigten gewesen. Dies sollte erreicht werden durch eine Vereinbarung mit der AOK Bremen/Bremerhaven als zuständige Krankenkasse für Geflüchtete in Hamburg. Durch eine Krankenversicherungskarte sollte der Zugang zum Gesundheitssystem möglichst niedrighschwellig sein (BASFI 2017 d). Die Vereinbarung wurde im Jahr 2012 getroffen. Die Stadt Hamburg und die AOK einigten sich darauf, dass auch für Geflüchtete mit weniger als 15 Monaten Aufenthaltsdauer Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V erbracht werden könnten, weil davon ausgegangen werden könne, dass der Bedarf über die nach § 4 AsylbLG zu erbringenden Leistungen hinausgehe. Im Unterschied zur Behandlung von Versicherungspflichtigen, also dem Großteil der deutschen Allgemeinbevölkerung, wurde jedoch ein Katalog von Leistungen erstellt, die von den Geflüchteten nicht (künstliche Befruchtung, freiwillige Zusatzleistungen der AOK, Leistungen im Ausland) oder nur unter bestimmten Bedingungen (Kurzzeitpsychotherapie, Sehhilfen, Rehabilitationsmaßnahmen, Zahnersatz, kieferorthopädische Behandlungen) in Anspruch genommen werden können (KVHH 2015). Nach der Anmeldung der Geflüchteten bei der AOK durch die Verwaltung der EA sollte es laut der BASFI ca. 14 Tage bis zum Erhalt der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) dauern. In der Praxis betrug die Wartezeit jedoch häufig mehrere Monate. Für die Personen, die zum Zeitpunkt des Behandlungsbedarfes noch keine eGK erhalten hatten, wurde von den Mitarbeiter_innen der EA eine Bescheinigung ausgestellt, dass die Karte nachgereicht werden würde. Für diejenigen, die noch nicht bei der AOK angemeldet wurden, wurde ein anderes

Formular ausgefüllt, das zum Beginn einer medizinischen Behandlung innerhalb von 24 h berechtigte (BASFI 2017 a).

Vor der Einführung der eGK mussten Geflüchtete, um sich in Behandlung begeben zu können, zunächst einen Behandlungsschein, den sogenannten „Grünen Schein“, beim zuständigen Sozialamt beantragen, was ursprünglich die bundesweite Standardprozedur war. Diese ist mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand und einem erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung für die Erkrankten verbunden. Seit Januar 2016 können die gesetzlichen Krankenkassen von den Ländern und Kommunen verpflichtet werden, die eGK auch an Geflüchtete auszugeben, die die Mindestaufenthaltsdauer von 15 Monaten in Deutschland noch nicht erfüllt haben (KBV 2015).

Außer Hamburg haben u. a. noch Bremen und Nordrhein-Westfalen eine eGK für Geflüchtete eingeführt. Außer in Hamburg und Bremen sind die Leistungen jedoch nicht *de facto* den Leistungen der GKV gleichgestellt. In Sachsen, Bayern und Baden-Württemberg wurde beschlossen, keine eGK für Geflüchtete einzuführen (Razum et al. 2016).

In Bremen gibt es bereits seit 1993 ein medizinisches Sprechstundenangebot in Geflüchtetenunterkünften. Das „Bremer Modell“ soll den menschen- und verfassungsrechtlichen Anspruch aller Menschen auf Gesundheitsversorgung sicherstellen und möglichst viele Gesundheitsprobleme bereits durch eine primärärztliche Basisversorgung effektiv behandeln (Mohammadzadeh et al. 2016).

Das in Hamburg etablierte Versorgungssystem für registrierte Geflüchtete wird durch mehrere Angebote außerhalb der Regelversorgung ergänzt. Im Jahr 2012 wurde in Hamburg eine „Clearingstelle“ eingerichtet, die vertrauliche Beratung für Menschen ohne Nachweis einer Krankenversicherung anbietet. Das Ziel ist eine Integration dieser Menschen in die Regelversorgung. Falls dies nicht zu realisieren ist, kann die notwendige Behandlung über einen „Notfallfonds“ ermöglicht werden, der von der Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg finanziert wird. Die Ausländerbehörde erhält keine Daten der Hilfesuchenden, so dass die Clearingstelle auch von Menschen, die sich „illegal“ in Hamburg aufhalten, aufgesucht werden kann. Im Evaluationsbericht von 2016 sind lediglich drei Beratungsanlässe angegeben, die nach dem AsylbLG nicht hätten erstattet werden können. Hierbei handelte es sich zweimal um die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch und einmal um den Wunsch nach einer Hormonbehandlung durch einen männlichen Klienten. Ein Viertel aller Clearingverfahren im Jahr 2016 betraf Schwangerschaften, wodurch weibliche Patientinnen im Vergleich zum Geschlechterverhältnis in der Zielgruppe der Clearingstelle deutlich

überrepräsentiert waren (Flüchtlingszentrum HH 2016). Neben der Clearingstelle gibt es in Hamburg weitere Angebote für Menschen ohne Papiere, u. a. die Praxis "AnDO-Cken" - Hilfswerk Diakonie, Medibüro Hamburg, Malteser Migranten Medizin, Praxis ohne Grenzen (KVHH 2017).

In einem Praxisbericht (Jakubowski et. al 2017) über den Zeitraum der sogenannten „Flüchtlingskrise“ wird geschildert, wie die medizinische Versorgung Geflüchteter in Hamburg konkret organisiert war. In allen EAs wurden medizinische Praxen mit regelmäßigen Sprechstunden unter der Woche eingerichtet. Pro 1000 Bewohner_innen standen ein_e Ärzt_in sowie eine medizinische Assistenzkraft in Vollzeit zu Verfügung. Die Sprechzimmer befanden sich in Containern bzw. einem Praxismobil für die Übergangsversorgung neuer EAs. Die Behörde für Inneres und Sport (BIS) übertrug dem Gesundheitsamt Hamburg-Altona die Aufgabe der Auswahl, Koordination und Supervision der eingesetzten medizinischen Fachkräfte. Bis März 2016 wurden rund 200 Ärzt_innen und Assistenzkräfte, die sich auf einen Aufruf der Ärztekammer hin gemeldet hatten, eingestellt. Der Umfang der medizinischen Leistungen in den EAs wurde von der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Altona festgelegt (siehe auch BGV 2017). Das Ziel war das Angebot einer gut erreichbaren allgemeinmedizinischen Grundversorgung sowie die Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser und des Kassenärztlichen Notdienstes, die häufig und teilweise auch ohne erkennbare medizinische Notwendigkeit von Geflüchteten aufgesucht wurden. Überweisungen an Fachärzt_innen oder zu stationären Behandlungen konnten nun von den Ärzt_innen in den EAs koordiniert werden. Für die Ausstattung der Behandlungsräume, die eine allgemeinmedizinische First-Line-Versorgung ermöglichte, gab es einheitliche Standards für alle EAs. Zusätzlich zu den laut Jakubowski et. al „61 wichtigsten Medikamenten der allgemeinmedizinischen Versorgung“ gehörten 25 Salben/Cremes zur pharmazeutischen Grundausstattung, da Hauterkrankungen überdurchschnittlich häufig als Konsultationsanlässe beobachtet wurden. Das Gesundheitsamt Altona erhielt die Medikamente im Rahmen einer Vereinbarung mit der Apothekerkammer zum Einkaufspreis, so dass den Patient_innen sowohl verschreibungspflichtige als auch nicht-verschreibungspflichtige Medikamente direkt von den Ärzt_innen in den EAs ausgehändigt werden konnten. Ab Sommer 2016 erhielten die Patient_innen Rezepte, die sie selbst in einer Apotheke einlösen konnten. Die Abrechnung der Leistungen in diesem Versorgungsmodell über die eGK führte, wie eine Bilanzierung durch die BASFI Ende 2015 zeigte, zu einer jährlichen Kosteneinsparung von 2,5 Mio. Euro für die Behörde. In Bezug auf während

der Sprechstunden ggf. zu beachtende Besonderheiten gab es laut den Autor_innen des Praxisberichts wenig Orientierung für das medizinische Personal und keine systematischen Schulungen. Es bestand die Anweisung, einen kulturell sensiblen Umgang mit den Patient_innen zu pflegen sowie auf mögliche Traumatisierungen Rücksicht zu nehmen. Weiterhin gab es vereinzelte Informationsveranstaltungen zur medizinischen Versorgung von Geflüchteten (u. a. von der Hamburger Ärztekammer).

Wie es § 62 AsylG verlangt, wurden die Geflüchteten bei der Erstaufnahme auf Infektionskrankheiten untersucht, was bei über 15-Jährigen eine Röntgenuntersuchung der Lunge und bei Jüngeren einen Antikörpertest auf Tuberkulose einschließt. Zudem wurde der Impfstatus erhoben und bei Bedarf gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) nachgeimpft. Bei anamnestisch hohem Expositionsrisko wurde zusätzlich auf Hepatitis B und C, Syphilis und HIV getestet. Festgestellte meldepflichtige Infektionskrankheiten wurden dem Infektionsepidemiologischen Landeszentrum mitgeteilt (drei Viertel der 587 zwischen Herbst 2015 und Herbst 2016 gemeldeten Fälle von Infektionskrankheiten betrafen Hepatitis B), allerdings wurden die Untersuchungsergebnisse nicht standardmäßig als Grundlage für die weitere Versorgung an die jeweilige EA übermittelt, wie die Autor_innen des Praxisberichts anmerken. Es besteht generell nach wie vor ein großer Bedarf an einer systematischen Gesundheitsdatenerfassung und –berichterstattung.

2.2.2 Die medizinische Versorgungssituation Geflüchteter in Deutschland

2.2.2.1 Zugang zu Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahme

Laut dem *Migrant Integration Policy Index* (MIPEX), welcher die Zugangschancen Geflüchteter zu medizinischer Versorgung und die Anpassungsfähigkeit der Gesundheitssysteme an die neuen Bedarfe in europäischen Ländern sowie den USA, Kanada, Australien und Neuseeland vergleicht, belegte Deutschland im Jahr 2014 Platz 22 von 38 Ländern (MIPEX 2015).

Spura et al. (2017) beschreiben in ihrer qualitativen Interview-Studie, wie Asylsuchende selbst ihren Zugang zum Gesundheitssystem in Deutschland erleben. Im ländlichen Raum seien große Distanzen und eine geringe Arztdichte sowie die schlechte Verfügbarkeit von Dolmetschern ein Problem. Es wurden häufig Mehrfacherkrankungen berichtet, oft als Kombination körperlicher und psychischer Erkrankungen. Die

subjektive Gesundheit wurde stark von der aktuellen Lebenssituation sowie dem im Herkunftsland und während der Flucht Erlebten beeinflusst. In der ersten Zeit nach der Ankunft in Deutschland werde der Gesundheitszustand mitunter trotz vorliegender Erkrankungen als gut eingeschätzt, da zunächst eine Verbesserung der Lebensqualität durch Sicherung der Grundbedürfnisse eintrete, allerdings könnten belastende Lebensumstände in den Unterkünften, ein frustrierendes Asylverfahren, mangelnde Integrations- und Beschäftigungsmöglichkeiten sowie schlechte Zugangschancen zu medizinischer Versorgung den (subjektiven) Gesundheitszustand wieder verschlechtern. Positiven Einfluss auf die Genesung und das Gefühl, angemessen medizinisch versorgt worden zu sein, haben leicht nachvollziehbare, wirksam behandelbare Beschwerdebilder (Verletzungen, Infektionserkrankungen) und ein unbürokratischer Zugang zur Behandlung. Schwerer belastet und unterversorgt fühlten sich hingegen eher Patient_innen mit chronischen oder psychischen Erkrankungen. Der Erhalt einer eGK wurde als große Erleichterung des Zugangs zur medizinischen Versorgung beschrieben. Je höher die Bildung der Patient_innen und je selbstbestimmter die Teilhabe am Gesundheitssystem in ihrem Herkunftsland gewesen waren, desto besser gelang es ihnen, sich im deutschen System zurechtzufinden. Die Versorgungsqualität wurde als befriedigend und das medizinische Personal als kompetent und hilfsbereit beschrieben. Ungleichbehandlungen im Vergleich zu deutschen Patient_innen wurden selten beklagt. Die Autor_innen bemängeln, dass bei Geflüchteten ohne eGK das Sozialamt die Indikation zur medizinischen Behandlung stellen muss. Entscheidungen würden ohne ärztliche Kompetenz und häufig im Interesse einer Kosteneinsparung getroffen. Die Verzögerung eines Therapiebeginns beinhalte das Risiko der Verschlechterung des Gesundheitszustandes und stelle aufgrund der fehlenden Möglichkeit für die Hilfesuchenden, Einfluss auf den Krankheitsverlauf zu nehmen, eine psychische Belastung dar. Auf diese Weise werde der „Healthy-Migrant-Effekt“² – langfristig zuungunsten des Gesundheitssystems – torpediert. Die Datenlage lasse allerdings keine Beurteilung zu, ob die Versorgungsleistung der vom AsylbLG vorgesehenen „Grundversorgung“ entspricht oder ob es eine Unter- oder Überversorgung gebe. Festzustellen sei grundsätzlich eine minimalisierte Kommunikation zwischen Patient_innen und Ärzt_innen, welche zum einen durch die schlecht kompensierte Sprachbarriere, zum anderen durch strukturelle Hürden bedingt sei.

² Mortalitätsvorteil von Migrant_innen gegenüber der Bevölkerung des Ziellandes, welcher sich meist noch Jahre nach der Migration trotz eines üblicherweise niedrigeren sozioökonomischen Status, jedoch nicht im Vergleich zur Bevölkerung des Herkunftslandes, zeigt. Da er somit nicht dadurch zu erklären ist, dass hauptsächlich gesunde Menschen migrieren, handelt es sich um ein Paradox (BPB 2009).

Eine weitere auf Interviews basierende Studie zu Ungleichheiten im Zugang zu medizinischer Versorgung zwischen Geflüchteten und der Allgemeinbevölkerung in Deutschland (Schneider et al. 2015) zeigte, dass Geflüchtete mit ca. doppelt so hoher Wahrscheinlichkeit einen schlechten Gesundheitszustand oder ein geringeres Aktivitätsniveau bei sich wahrnehmen. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen bestand bei Geflüchteten eine sechsmal so hohe Wahrscheinlichkeit, unter einer chronischen Krankheit zu leiden. Geflüchtete suchten zehnmal seltener Haus- oder Fachärzt_innen auf, wurden jedoch doppelt so häufig in einem Krankenhaus behandelt und berichteten viermal so oft von Besuchen bei Psychotherapeut_innen und unerfüllten gesundheitlichen Bedürfnissen. In dieser ersten quantitativen Untersuchung wurden den Informationen aus Interviews mit 1017 Geflüchteten Angaben von 8152 deutschen Personen aus Gesundheitsbefragungen von 2008-2011 gegenübergestellt. In der Diskussion ihrer Ergebnisse führen die Autor_innen die Erforderlichkeit eines „Grünen Scheins“ (siehe Kapitel 2.2.1) als mögliche Erklärung für seltene Besuche bei niedergelassenen Ärzt_innen und gegenüber der Allgemeinbevölkerung häufigere Krankenhausvorstellungen (Vorstellungen in der Notaufnahme ohne „Grünen Schein“ möglich) an. Zusätzlich seien auch fehlende Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem und Angst vor entstehenden Kosten durch die Inanspruchnahme Zugangshürden gewesen. Die häufigeren Besuche bei Psychotherapeut_innen ließen sich anhand einer Kombination aus dem größeren Bedarf in der Geflüchteten-Kohorte und der Verfügbarkeit zusätzlicher Angebote psychotherapeutischer Betreuung durch Nichtregierungsorganisationen erklären. Chronische Erkrankungen wurden mit der Frage „Do you have any long-standing illness or (long-standing) health problem? Longstanding means health problems that have lasted or are expected to last for 6 months or more“ erhoben. Die deutliche Diskrepanz bei der Angabe chronischer Erkrankungen in jungem Alter zwischen Geflüchteten und der Allgemeinbevölkerung wird von den Autor_innen nicht diskutiert, jedoch im Diskussionsteil unter Kapitel 6.2.3 noch einmal aufgegriffen.

In einer weiteren Analyse des Zugangs von Geflüchteten zum Gesundheitssystem (Razum 2016) zeigt der Autor auf, dass vor der Verabschiedung des Asylbewerberleistungsgesetzes im Jahre 1993 die medizinische Versorgung Geflüchteter weit weniger restriktiv war und der Versorgung von nicht-deutschen Sozialhilfeempfänger_innen entsprach. Die Einschränkungen der Leistungen seien im Bestreben von Kosteneinsparungen vorangetrieben worden, allerdings gebe es inzwischen Belege dafür, dass ein erschwerter Zugang zu Versorgung für Geflüchtete nicht nur keine Kosten einspare, sondern im Vergleich zur Integration in die Regelversorgung per eGK höhere

Kosten verursache. Die Einsparungen durch eine Integration in die Regelversorgung werden erklärt mit einem durchschnittlich schnelleren Behandlungsbeginn durch den Wegfall des Wegs zum Sozialamt, einer gezielten, bedarfsorientierten, ambulanten Behandlung und einem damit verbundenen besseren Outcome, einem niedrigeren Verwaltungsaufwand sowie einer wirtschaftlicheren Abrechnung anhand des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs. Bleibt allerdings trotz eGK eine parallele Versorgungsstruktur (wie zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen) bestehen, kann dieses Einsparungspotential nicht genutzt werden (Razum et al. 2016). Die Autor_innen weisen darauf hin, dass Geflüchtete in der Gesundheitsberichterstattung regelhaft erfasst werden müssten, indem Daten aus EAs und Kommunen erhoben und zentral gesammelt werden, um Versorgungsqualität und -kosten besser abschätzen und mit der Allgemeinbevölkerung vergleichen zu können. Sie kritisieren, dass Kosten für Sprachmittlung, obwohl für die Behandlung von Geflüchteten unabdingbar, nicht von den Krankenkassen übernommen werden und daher nicht sichergestellt werden kann, dass notwendige Behandlungen stattfinden können.

Eine sehr offensichtliche Ungleichbehandlung betrifft Kinder, die in geflüchteten Familien leben und dadurch lediglich Anspruch auf die Leistungen nach dem AsylbLG haben, im Vergleich zu Unbegleiteten Minderjährigen Geflüchteten, die nach dem Sozialgesetzbuch Zugang zum gesamten Leistungsspektrum haben.

In einem aktuellen Review (Bozorgmehr et. al 2016 b) wird am Beispiel Hamburgs gezeigt, dass der erleichterte Zugang zu Versorgung über die eGK zu einer Einsparung von Verwaltungskosten (siehe auch Jakubowski et al. 2017) führte und sich die Behandlungskosten von Geflüchteten nicht mehr von denen der Allgemeinbevölkerung unterscheiden.

Razum et al. (2016) vertreten die These, dass der Zugang zu medizinischer Versorgung für Geflüchtete in Deutschland stark vom Zufall abhängt. Sie nennen hierbei drei Schlüsselfaktoren: Die Zuweisung zu einem Bundesland, die Zuweisung zu einer Kommune sowie das Engagement bzw. die Kenntnis der rechtlichen Möglichkeiten auf Seiten der behandelnden medizinischen Fachkraft. Die Kommunen könnten ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht immer gerecht werden, da die Ressourcen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) an vielen Stellen unzureichend seien, weshalb es bundeseinheitliche Vorgaben geben müsse (siehe auch Tinnemann et al. 2016). Die Leistungseinschränkungen laut AsylbLG beeinträchtigen die Therapiefreiheit der Ärzt_innen, wenn eine Behandlung nicht durchgeführt wird, obwohl sie notwendig, sinnvoll und effektiv wäre. Wie bereits einleitend erwähnt,

ist es für die Leistungserbringer_innen oft schwer ersichtlich, welchen Umfang eine Behandlung haben darf bzw. in welchen Fällen zunächst eine Kostenzusage nötig ist. In welchem Maß sich die Behandelnden über die rechtlichen Vorgaben informieren/informiert halten und im Zweifelsfall das rechtlich Mögliche für die Patient_innen durchsetzen, ist je nach Arzt_Ärztin unterschiedlich.

In einer von Fölsch et al. (2016) durchgeführten Befragung deutscher Internist_innen wurde jedoch die Compliance der Geflüchteten in 69 % der Kontakte als sehr gut oder gut eingestuft und die Behandlung in 60 % der Fälle als sehr erfolgreich oder erfolgreich bewertet.

Eine dänische Studie zeigte, dass das Kommunikationsverhalten von Hausärzt_innen gegenüber Geflüchteten unabhängig von sprachlichen Hürden sehr stark variiert und aufgrund potenzieller Traumatisierung der Patient_innen, auf die die Ärzt_innen nicht vorbereitet sind, unterschiedlich erfolgreich ist. Es wird daher die zentrale Bereitstellung eines Gesprächsleitfadens empfohlen, der Ärzt_innen (zusätzlich zu der notwendigen Sprachmittlung) beim Umgang mit Geflüchteten unterstützen kann (Koitzsch Jensen et al. 2013).

Razum et al. (2016) stellen des Weiteren fest, dass die im AsylbLG festgelegte Frist von 15 Monaten, während derer die Leistungseinschränkungen gelten, aus medizinischer Sicht nicht zu rechtfertigen sei. In Anbetracht der Tatsache, dass der Zeitraum der Leistungseinschränkung seit der Verabschiedung der ersten Fassung des AsylbLG bis 2015 mehrmals ohne gesundheitsbezogene Begründung geändert wurde und bisher zwischen 12 und 48 Monate betrug, erscheine sie willkürlich. Die Begründungen seien meist politischer Art. So werde davon ausgegangen, dass Geflüchtete sich nur für einen kurzen Zeitraum in Deutschland aufhalten, weshalb sich eine Integration in die Regelversorgung nicht lohne, und dass die Aussicht auf eine uneingeschränkte Gesundheitsversorgung in Deutschland einen „Pull“-Faktor für Flüchtende darstellen würde. Dem gegenüber stehen Zahlen des BAMF, laut denen im Jahr 2016 die Mehrheit (60 %) der nach Deutschland Geflüchteten entweder als Flüchtlinge anerkannt oder unter subsidiären Schutz gestellt wurden (BAMF 2017 c). Razum und Kolleg_innen führen zudem an, dass sich auch Geflüchtete mit wenig Aussicht auf ein erfolgreiches Asylverfahren lange in Deutschland aufhalten, weil die Bearbeitung der Anträge sehr langwierig sein kann, und der hohe Anteil an unter Schutz gestellten Geflüchteten der Behauptung widerspreche, dass der Anspruch auf medizinische Versorgung ein relevanter Migrationsgrund sei. Obwohl in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts nicht von einem geringeren Versorgungsbedarf ausgegangen werden könne, sondern

im Gegenteil Geflüchtete mit chronischen Vorerkrankungen und psychischen oder körperlichen Traumata eine unmittelbare (Weiter-)Behandlung benötigten, werde diesen Gruppen der Zugang dazu erschwert. Diese Missachtung der Bedürfnisse schutzbedürftiger Menschen stelle einen Widerspruch zum von Deutschland auf internationaler Ebene vertretenen Menschenrechtsgedanken dar (Razum et al. 2016).

2.2.2.2 Gesundheitsdatenerfassung und -kommunikation

In einer Bestandsaufnahme zur Versorgungssituation von Geflüchteten anhand einer Befragung von 123 deutschen Gesundheitsämtern (Bozorgmehr et al. 2016 a) zeigte sich eine große Heterogenität, beginnend bereits bei der obligatorischen Erstuntersuchung neu angekommener Geflüchteter. Ausführliche Untersuchungen und Anamneseerhebungen waren selten und der Impfstatus wurde nicht immer überprüft. Selbst wenn Impflücken entdeckt wurden, wurde in den EAs nicht zuverlässig nachgeimpft. Der Versorgungsbedarf chronisch oder psychisch Erkrankter wurde ebenfalls nicht systematisch erfasst. Über 65 % der befragten Ämter gaben an, dass es kein System zur verlässlichen Kommunikation von Versorgungsbedarfen beim Umzug von Geflüchteten aus den EAs in Folgeunterkünfte gebe. Die Dokumentation in den EAs erfolgte in der Regel papierbasiert, umfasste keine anhand der International Classification of Diseases (ICD) codierten Diagnosen, war häufig unvollständig und folgte keinem landesweit einheitlichen System, wodurch der Informationstransfer als hoch problematisch erlebt wurde. In Bezug auf Informationsweitergabe auf behördlichem Wege wurden datenschutzrechtliche Vorbehalte geäußert. Die Geflüchteten erhielten in weniger als 12 % der Zuständigkeitsbereiche der Ämter Unterstützung bei der Integration in die Regelversorgung. Auch bei einer Verlegung in andere Gemeinschaftsunterkünfte gab es laut rund 80 % der Ämter keine zuverlässige Weiterleitung von Gesundheitsinformationen. Als Hauptrisikogruppen für eine unsichere Versorgungssituation aufgrund von Einschränkungen der lokalen Verfügbarkeit sowie der geografischen und finanziellen Erreichbarkeit qualifizierten medizinischen Personals wurden in der Studie Geflüchtete mit psychischen und chronischen Erkrankungen sowie geflüchtete Kinder identifiziert. Informationsmaterialien zur Gesundheitsaufklärung zu verschiedenen Themen lagen meist nur in wenigen der benötigten Sprachen vor. Betont wurde jedoch vor allem die Wichtigkeit der Verhältnisprävention in den Unterkünften. Häufig wurden Kommunikationsprobleme im therapeutischen Setting angegeben, die auf die

Organisation der Sprachmittlung zurückgeführt wurden. Die Dolmetschenden waren aus Gründen der Verfügbarkeit meistens Verwandte oder Bekannte, was von den Befragten als problematisch angesehen wurde. Professionelle Dolmetscher_innen vor Ort, aber auch die Nutzung von Telefon- oder Video-Dolmetschdiensten, Apps oder Online-Übersetzungshilfen waren selten.

Tinnemann et al. (2016) fordern in ihrer Bilanz eines Workshops mit Akteur_innen des ÖGD das Angebot regelmäßiger medizinischer Sprechstunden in Gemeinschaftsunterkünften, um den Übertritt in die ambulante Regelversorgung zu erleichtern. Hierbei solle sich jedoch nicht auf ehrenamtlich engagierte Ärzt_innen gestützt werden, da Ehrenamt nicht die benötigten zusätzlichen Stellen im ÖGD ausfüllen könne. Kritisiert wird ebenfalls die fehlende Möglichkeit der ambulanten psychiatrischen Weiterbehandlung von psychischen Erkrankungen, die bislang meist nur notfallmäßig stationär behandelt werden. Dies sei besonders ungünstig in Anbetracht des vermutlich größeren Bedarfs psychologischer bzw. psychiatrischer Betreuung bei Geflüchteten aufgrund von Traumatisierung. Als zielgruppenorientierte Maßnahme solle Frauen kostenlos Kontrazeption angeboten werden, um Familienplanung und somit Selbstbestimmtheit und Integration zu fördern. Es wird empfohlen, den Geflüchteten bereits bei der Erstuntersuchung Gesundheitsinformationmaterial in ihrer Muttersprache auszuhandigen, um ihr medizinisches Wissen, z. B. in Bezug auf Impfungen, zu erhöhen.

In einem ersten Ansatz, systematisch zu bestimmen, inwieweit die Gesundheitssituation Geflüchteter in der Gesundheitsdatenerfassung (*Health Information System*, HIS) in verschiedenen Gesundheitssystemen berücksichtigt wird, wurde ein „Health Information Assessment Tool on Asylum Seekers“ (HIATUS) entwickelt und im Rahmen eines Pilotprojekts in Deutschland und den Niederlanden getestet. Für Deutschland wurde ein Mangel an zugänglichen Datenbanken festgestellt, in denen Patient_innendaten Geflüchteter erfasst und als solche identifizierbar sind. Die Autor_innen ziehen das Fazit, dass das deutsche HIS in Bezug auf Geflüchtete entscheidend verbessert werden müsse, da es, obwohl Deutschland die meisten Geflüchteten aufgenommen hat, nur gut 20 % der erreichbaren Kapazität ausschöpfe. Dies liege unter anderem daran, dass eine getrennte Auswertung für Geflüchtete bei vielen Datenquellen nicht möglich sei, obwohl die Informationen theoretisch vorhanden wären (Bozorgmehr et al. 2017).

Tabelle 1: Ergebnisse des HIATUS-Pilotprojekts

HIS-Kapazität in Bezug auf:	Deutschland	Niederlande
Koordination und Planung	25 %	25 %
Erfassung spezifischer Indikatoren (z. B. „self-reported health“)	12,5 %	25 %
Non-Communicable Diseases (NCDs)	0 %	25 %
Sozioökonomischer Status	30 %	17 %
Gesundheitsverhalten	0 %	37,5 %

Tab. 1: Vergleich der Gesundheitsdatenerfassung (Health Information System, HIS) in Deutschland und den Niederlanden anhand ausgewählter Aspekte der Gesundheitsversorgung Geflüchteter. Zur Berechnung der jeweils ausgeschöpften Kapazität in Relation zur potenziellen Kapazität der Gesundheitsdatenerfassung wurde das HIATUS-Tool („Health Information Assessment Tool on Asylum Seekers“) verwendet. Deutschland schöpfte aufgrund struktureller Mängel insgesamt nur rund 20 % der erreichbaren Kapazität aus, obwohl dort die meisten Asylertanträge gestellt wurden (Bozorgmehr et al. 2017).

Leitlinien zur medizinischen Versorgung von Geflüchteten gibt es wenige. Das Robert-Koch-Institut veröffentlichte Empfehlungen für Screenings auf bestimmte Infektionserkrankungen sowie für Titerbestimmungen und Impfungen, die zusätzlich zum obligatorischen Thorax-Röntgen durchgeführt werden sollten (Robert-Koch-Institut 2015). In einer kanadischen Leitlinie wird die Empfehlung eines Screenings auf Depressionen sowie eines abgestuften Screeningverfahrens für Tuberkulose zur Vermeidung unnötiger Strahlenbelastung ergänzt. Außerdem werden im Interesse der Förderung psychischer Gesundheit möglichst schnelle Familienzusammenführungen gefordert. Die beiden letzten Punkte sind in Deutschland gegenwärtig aufgrund gesetzlicher Vorgaben nicht umsetzbar (Egidi et al. 2016).

2.2.2.3 Die medizinische Versorgungssituation vulnerabler Gruppen

Im Rahmen der Literaturrecherche fand sich nur eine einzige Arbeit (Declerck 2016), die sich mit eventuellen Besonderheiten der medizinischen Versorgung vulnerabler Gruppen unter den Geflüchteten, abgesehen von Minderjährigen Unbegleiteten Geflüchteten, beschäftigt. Es wurden Erfahrungen von LGBT* (lesbischen, schwulen, bisexuellen, transsexuellen, transgender sowie weiteren nicht-heteronormativ lebenden) Geflüchteten in EU-Gesundheitssystemen erhoben. Als medizinisch problematisch hervorgehoben wird vor allem die Situation geflüchteter Transsexueller/Transgender. Da keine Regelungen zur Weiterführung oder den Beginn von Hormonbehandlungen oder anderen Aspekten der Versorgung im Zusammenhang mit einer Transition bestehen, verbleibt die Aufgabe der Entscheidung über die Ablehnung oder Gewährung von solchen Leistungen zunächst beim medizinischen Personal in der jeweiligen Unterkunft. Dies führt zu Unsicherheit und oftmals Verweigerung einer Behandlung. Die

Konsequenzen können schwerwiegend sein. Unter anderem kann es zur Entwicklung prominenter Gesichtsbehaarung, spontanen Erektionen, der Rückbildung von Brustgewebe und permanenter Kahlheit bei Trans*frauen kommen. Bei Trans*männern besteht bei Hormonentzug u. a. eine erhöhte Osteoporosegefahr. Die psychischen Auswirkungen stehen sowohl im Zusammenhang mit dem Hormonhaushalt an sich als auch mit dem Erleben der unerwünschten Veränderungen und können von Stimmungsschwankungen bis hin zu Depressionen reichen. Es kommen mitunter drastische Reaktionen wie Selbstkastration oder Suizid vor. Ein weiteres Problem für die psychische und physische Gesundheit von LGBT* Geflüchteten stellt die gemeinsame Unterbringung mit anderen Geflüchteten aus ihrem Herkunftsland bzw. ihrer Herkunftsregion dar. In den Unterkünften entsteht dadurch häufig eine Replikation der homo- bzw. trans*phoben Atmosphäre, vor der sich die LGBT* Geflüchteten durch ihre Flucht in Sicherheit zu bringen suchten. Es zeigte sich, dass Gewalt gegen LGBT* Geflüchtete, die diese in den Unterkünften erleiden, hauptsächlich von ihren jeweiligen Landsleuten ausgeht. Angesichts ihrer isolierteren Position und der gefährlicheren Lebensumstände ist die Unterstützung durch Mitarbeiter_innen der Unterkünfte für LGBT* Geflüchtete umso entscheidender. Auf Beschwerden wegen Belästigungen oder Angriffen wurde jedoch häufig in nicht angemessener Weise oder aber mit Nichtstun reagiert. Es wurde zudem von Fällen berichtet, in denen sich Mitarbeiter_innen der Unterkünfte an der Gewalt gegen LGBT* Geflüchtete beteiligten. Wie für alle Geflüchteten ist der Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung hochschwellig, allerdings ist zu vermuten, dass sich diese Tatsache besonders schwer bei denjenigen Personen auswirkt, die ihre körperliche Integrität in permanenter Gefahr erleben und oft über Jahre hinweg dazu gezwungen werden, (wieder) in einer für sie unpassenden Identität mit daraus resultierenden gesundheitlichen Problemen zu leben. Die Autorin sieht unter Bezugnahme auf bereits vorhandene europäische Gesetze die Aufstellung rechtlich bindender Regelungen zur Sicherstellung adäquater medizinischer Versorgung für LGBT* Geflüchtete in allen EU-Mitgliedsstaaten als unerlässlich an.

Eine Auswertung der Verordnungshäufigkeiten von Medikamenten im Rahmen der primärärztlichen Akutversorgung in einer EA in Erlangen zwischen Oktober 2014 und September 2015 (Kahl & Frewer 2017) gibt ergänzend zu den eher Public-Health-orientierten Perspektiven einen beispielhaften Einblick in das konkrete Management von Gesundheitsproblemen. Die in der EA untergebrachten Geflüchteten blieben dort durchschnittlich für knapp 50 Tage und nutzten trotz der Möglichkeit, die

Regelversorgung in Anspruch zu nehmen, fast ausschließlich das Sprechstundenangebot in der EA. Die verschriebenen Medikamente spiegeln das typische Spektrum einer allgemeinmedizinischen Versorgung wider, allerdings wurden Medikamente zur prophylaktischen Behandlung zunächst symptomarmer Erkrankungen wie Bluthochdruck im Vergleich zu Daten von gesetzlich Versicherten seltener verschrieben, was durch den niedrigen Altersdurchschnitt der Geflüchteten oder aber auch durch eine andere Arbeitsweise der Ärzt_innen bedingt sein könnte. Sehr häufig wurden mit einem Anteil von 19,4 % „Antiinfektiva zur systemischen Anwendung“ verschrieben, gefolgt von Medikamenten gegen Erkältungssymptome mit 15,1 %, was in etwa der in anderen Studien erhobenen Häufigkeit der dazu passenden Diagnosen entspricht (siehe Kapitel 2.2.3). Die hohe Verschreibungsrate von Antibiotika wird mit dem hohen Kinderanteil an der Bewohnerschaft in der EA erklärt, da bei Kindern Atemwegsinfekte die häufigste Indikation zur Antibiotikagabe darstellen. Die mit einem gemeinsamen Anteil von 23,1 % am häufigsten eingesetzten Medikamente (u. a. Ibuprofen, Diclofenac und Paracetamol) gehören zu den nichtopioiden Analgetika und sind nicht verschreibungspflichtig. Deutsche Patient_innen mit entsprechenden Symptomen kaufen sich diese Medikamente selbstständig oder auf den Rat einer medizinischen Fachkraft hin, ohne dass dies in Form einer Abrechnung dokumentiert wird. Daher kann durch einen Vergleich mit den Daten gesetzlich Versicherter nicht nachvollzogen werden, ob die Geflüchteten diese Medikamente häufiger oder seltener einnahmen. Eine detailliertere Aufschlüsselung der Medikamente und ihrer Verschreibungshäufigkeiten findet sich in Form von Tabelle A1 im Anhang.

2.2.3 Die Gesundheitslage Geflüchteter

2.2.3.1 Daten aus Deutschland

Daten zum Morbiditätsspektrum Geflüchteter, insbesondere im Hinblick auf körperliche Erkrankungen, sind sehr rar. Eine epidemiologische Erhebung in Halle/Saale (Führer et al. 2016) gibt einen groben Überblick über die Häufigkeiten von Gesundheitsproblemen bei 214 Geflüchteten, die zu ihren Erkrankungen bzw. Beschwerden befragt wurden (Tabelle 2).

Da nur wenige der Befragten eine konkrete Diagnose angeben konnten, wurden Oberkategorien verwendet. Psychische Beschwerden wurden nicht direkt erfragt, sondern anhand diagnostischer Tests erhoben. Auffällig ist, dass über die Hälfte der Befragten

positiv auf Depression gescreent wurden. Hierzu passen die ebenfalls sehr häufigen Angststörungen, da diese oft in Komorbidität zu Depressionen auftreten (Cloninger 1990). Die hohe Rate an Posttraumatischen Stresstörungen (PTSD) erscheint im Kontext der nicht weit zurückliegenden Flucht der Befragten erklärbar und naheliegend. Inwieweit die körperlichen Symptome der Geflüchteten von ihren psychischen Beschwerden abgegrenzt werden können oder ob in vielen Fällen eine Somatisierungsstörung vorlag, lässt sich anhand dieser Erhebung nicht beantworten.

Tabelle 2: Gesundheitsprobleme von 214 Geflüchteten in Halle/Saale

Gesundheitsproblem	N	%
Depression	117	54,7
Angststörung	86	40,2
Schmerzen	81	37,9
Gynäkologische Beschwerden	6 (Frauen)	25,0(der Frauen)
Posttraumatische Belastungsstörung	39	18,2
Psychiatr./neurolog. Erkrankung	31	14,5
Kardiovaskuläre Erkrankung	19	8,9
Gastro-intestinale Beschwerden	17	7,9
Lungenerkrankung	13	6,1
Fieberschübe	7	3,3
Neoplasien	1	0,5
Andere	17	7,9

Tab. 2: Es wurden 214 Geflüchtete in Halle/Saale zu ihren Gesundheitsproblemen befragt. Psychische Beschwerden wurden anhand diagnostischer Tests erhoben. Über die Hälfte der Befragten (117; 54,7 %) wurde positiv auf Depression gescreent, direkt gefolgt von Angststörungen (86; 40,2 %). Die Prozentzahlen zeigen, dass bei den meisten der Befragten mehrere Gesundheitsprobleme gleichzeitig vorlagen (Führer et al. 2016).

In einer systematischen Übersicht zum Gesundheitszustand von Geflüchteten in Deutschland von 1990 bis 2014 (Bozorgmehr et al. 2016 b) finden sich vor allem Studien zu Infektionserkrankungen. Davon am häufigsten untersucht wurde die Tuberkulose. Die Prävalenzen unter Geflüchteten, die in den Studien festgestellt wurden, unterscheiden sich stark, so gibt für den Untersuchungszeitraum 1992 bis 1994 sowohl die Angabe von 1.183/100.000 als auch von 557/100.000 und für 2012 eine Angabe von 600/100.000. Im Zeitraum von 1997 bis 2002 wurde im Rahmen von Röntgenscreeninguntersuchungen bei Geflüchteten in Hamburg eine Prävalenz von 255/100.000 (0,25 %) festgestellt. Der Großteil der Tuberkulosefälle wurde jedoch erst nach ca. 3 Jahren Aufenthalt aufgrund von Symptomen identifiziert. Auffällig ist, dass sich betroffene Geflüchtete signifikant später in Behandlung begaben als andere Migrant_innen und im Vergleich zu in Deutschland Geborenen aufgrund von Umverteilung

oder Abschiebung häufiger ein ungünstiger Behandlungsverlauf beobachtet wurde. Zudem wurde bei Geflüchteten eine 5-fach höhere Rate an Infektionen mit multiresistenten Erregern festgestellt. Bei 1077 Bremer Geflüchteten wurde über Prävalenzen von Hepatitiden (0,7 %), Gonorrhoe (2 %) und Meningitis (1 %) berichtet. Die Prävalenz der Hepatitiden deckt sich mit Ergebnissen aus Hamburg von 1998 bis 2002, wonach sie bei Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das 6-fache höher ist. Aus zwei Studien im Rahmen des Bremer Gesundheitsprogramms für Geflüchtete stammen die in Tabelle 3 aufgelisteten Häufigkeiten von Diagnosen (nach ICD-10). Eine einzige von Bozorgmehr et al. gefundene Studie befasst sich mit Gesundheitsaspekten, die Kinder betreffen. Herausgefunden wurde, dass bei Geflüchteten die Inanspruchnahme von U-Untersuchungen sowie die Immunisierungsrate niedriger sind und die Hospitalisierungsrate höher ist.

Tabelle 3: Bei Geflüchteten diagnostizierte Erkrankungen in Bremen

Diagnose nach ICD-10	1990er Jahre	2001-2008
Unspezifische Symptome		25,4 %
Atemwegs-/HNO-Erkrankungen	21,8 %	19,6 %
Hauterkrankungen	18,8 %	
Nicht-medizinische Probleme		14,1 %
Zahnprobleme	12,4 %	
Gastrointestinalbeschwerden	11,1 %	7,1 %
Schmerzen	10 %	
Unfälle	6,2 %	
Psychosomatische Beschwerden	9 %	
Muskuloskelettale Erkrankungen		8,9 %
Sonstige	< 5 %	< 5 %

Tab. 3: Ergebnisse zweier Studien im Rahmen des Bremer Gesundheitsprogramms, die die Häufigkeit der Nutzung von ICD-10-Diagnoseoberkategorien in der Versorgung Geflüchteter in den 1990er Jahren sowie zwischen 2001 und 2008 untersuchten (Bozorgmehr et al. 2016 b). Die beiden Studien liefern jeweils nicht zu allen insgesamt betrachteten Kategorien Zahlen. Es zeigt sich, dass Atemwegs- und Hauterkrankungen sowie unspezifische Symptome am häufigsten diagnostiziert wurden. Zur infektiologischen bzw. epidemiologischen Relevanz der nicht näher aufgeschlüsselten Einzeldiagnosen lässt sich allerdings keine Aussage treffen. Psychosomatische Beschwerden rangieren mit 9 % relativ niedrig.

In einer anderen Studie mit 52 Geflüchteten wurde beobachtet, dass sich deren Gesundheitszustand durch integrative Maßnahmen sowie das Bereitstellen von Traumatherapieoptionen verbesserte. Im Gegensatz dazu wirkten sich beispielsweise das Leben in Massenunterkünften, Perspektivlosigkeit, geringe Selbstbestimmung und Unsicherheit bzgl. des Asylverfahrens negativ auf die Gesundheit aus. Prospektive Studien hierzu lagen nicht vor. Die Übersicht schließt mit dem Fazit, dass der bisherige eher seuchenhygienische Ansatz bei der Erforschung der Bedeutung von Geflüchteten für

das Gesundheitssystem unzureichend sei. Geflüchtete stellten nicht primär ein infektiologisches Risiko dar, sondern seien vielmehr durch Faktoren wie Massenunterbringung und soziale Probleme einem Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Um ein stets aktuelles Bild zu erhalten, müsse es anstelle einzelner regionaler Studien eine verbesserte und zentrale Erfassung epidemiologischer Daten von in Deutschland lebenden Geflüchteten geben (Bozorgmehr et al. 2016 b).

Die von Fölsch et al. (s. bereits Kapitel 2.2.2) durchgeführte Befragung deutscher Fachärzt_innen für Innere Medizin, die mit Geflüchteten Kontakt hatten, ergab, dass die angetroffenen körperlichen Erkrankungen das gesamte Spektrum der internistischen Erkrankungen abdeckten. Am häufigsten kamen Herz-Kreislauf- und gastrointestinale Erkrankungen sowie Diabetes mellitus vor. Weitere Diagnosen waren Hautkrankheiten (u. a. Skabies) und neuropsychiatrische Erkrankungen. In 43 % der Konsultationen kamen psychische Beschwerden zur Sprache. Die häufigsten Diagnosen waren Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Störungen sowie PTSD. 81 % der Klinikärzt_innen und 69 % der Praxisärzt_innen gaben an, Geflüchtete mit Infektionserkrankungen behandelt zu haben. Dabei kamen virale und bakterielle Infektionen etwa gleich häufig vor. Die Befürchtung einer von Geflüchteten ausgehenden Seuchengefahr erwies sich auch in dieser Studie als haltlos. Laut den Aussagen von 56 % der Klinikärzt_innen und 74 % der Praxisärzt_innen habe sich das gewohnte Krankheitsspektrum seit Beginn der Behandlung von Geflüchteten nicht verändert (Fölsch et al. 2016).

Alberer et al. (2016) führten eine retrospektive Auswertung der Daten von erkrankten Geflüchteten aus drei medizinischen Einrichtungen im Münchner Raum von 2014 und Anfang 2015 durch. Hierbei handelte es sich um 329 Patient_innen der allgemeinmedizinischen Ambulanz von REFUDOCS (RD), 175 stationäre infektiologische Patient_innen sowie 44 Patient_innen einer infektiologischen Ambulanz. Tabelle 4 zeigt die häufigsten Diagnosen in der allgemeinmedizinischen Ambulanz. Für die Diagnosen, bei denen Häufigkeitsangaben fehlen, wurden diese auch in der Quelle nicht angegeben. Das Krankheitsspektrum entspreche, so die Autor_innen, den Erfahrungen aus der alltäglichen allgemeinmedizinischen Praxis. In der infektiologischen Ambulanz wurden Patient_innen im Alter von 4 bis 57 Jahren und auf der infektiologischen Station Patient_innen im Alter von 16 bis 51 Jahren behandelt. In beiden Einrichtungen waren die Patient_innen zu über 80 % männlich und im jugendlichen Alter. Die häufigsten Herkunftsländer waren Eritrea, Somalia, Senegal und Afghanistan. In der Ambulanz waren die häufigsten Diagnosen Malaria tertiana, Hauterkrankungen wie

Pyodermien und Skabies sowie Schistosomiasis. Auf der Station waren die häufigsten Diagnosen Tuberkulose, Malaria, impetiginisierte Skabies, ambulant erworbene Pneumonie und unspezifische Virusinfektionen. In Einzelfällen traten Leishmaniose, intestinale Parasitosen, Amöbiasis und noch seltener Läuseerückfallfieber auf.

Tabelle 4: Erkrankungen Geflüchteter im Münchner Raum von 2014 bis 2015

Diagnose	N
Atemwegsinfektionen	152
Tbc-Therapiekontrolle	13
Neuropsychiatrische Erkrankungen	68
Lumboischialgie	k.A.
Kopfschmerzen	k.A.
PTSD	7
Gastrointestinale Erkrankungen	56
Gastritis	k.A.
Gastroenteritis	k.A.
Obstipation	k.A.
Hämorrhoiden	k.A.
Hepatitis B oder C	9
Muskuloskelettale Erkrankungen	52
Hauterkrankungen	45
Skabies	15
Ekzeme und unspez. Veränd.	11
Zahnschmerzen	14
Hypertonie	10
Konjunktivitis	7

Tab. 4: Die Diagnosen beziehen sich auf 329 Patient_innen, die zwischen 2014 und 2015 in der allgemeinmedizinischen Ambulanz von REFUDOCs behandelt wurden. Das Altersspektrum betrug 1,7 bis 85 Jahre bei einem Altersmedian von 29 Jahren. 65 % der Patient_innen waren männlich. Die häufigsten Herkunftsländer waren Albanien, Kosovo, Nigeria, Afghanistan, Senegal, Syrien, Somalia und Eritrea. Es zeigt sich, dass Atemwegserkrankungen am häufigsten diagnostiziert wurden. An chronischen Krankheiten traten dekompensierte Herzinsuffizienz (1), terminale Niereninsuffizienz (5) und Diabetes mellitus (8) auf. Die betroffenen Patient_innen hatten überproportional viele Vorstellungen (bis zu 11) (Alberer et al.2016).

Für den Zeitraum 2011 bis 2014 liegt eine Auswertung der Bremer Geflüchteten-Krankendatenbank vor. In dieser Datenbank werden die demografischen Daten, Diagnosen nach ICD-10 sowie Überweisungen aller Patient_innen elektronisch gesichert, die in Geflüchtetenunterkünften behandelt wurden. In Tabelle 5 sind die häufigsten Diagnosen dargestellt.

Keine konkreten Angaben zur Häufigkeit gab es für seltener angetroffene Diagnosen wie Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, Parasitosen, Verletzungen oder

psychische Erkrankungen. Nur vereinzelt wurden HIV, offene Tuberkulose oder Hepatiden diagnostiziert. Die unklaren Symptome waren meist unspezifische Schmerzen ohne erkennbare organische Ursache. Als Entstehungshypothese werden unter anderem psychische Belastungen aufgrund der Flucht und der Lebensumstände in Deutschland angenommen (Mohammadzadeh et al. 2016).

Tabelle 5: Diagnosehäufigkeiten in Geflüchtetenunterkünften in Bremen

Faktoren, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führten	29,6 %
Krankheiten des Atmungssystems (hauptsächlich Erkältungskrankheiten)	18,1 %
Unklare, nicht klassifizierte Symptome	16,9 %
Gastrointestinale Erkrankungen	6,1 %
Muskuloskelettale und Bindegewebs-Erkrankungen	6 %
Krankheiten der Haut und Unterhaut	3,6 %

Tab. 5: Gezeigt sind retrospektiv der Bremer Geflüchteten-Krankendatenbank entnommene Diagnosen nach ICD-10, die bei Geflüchteten in Geflüchtetenunterkünften gestellt wurden. In nahezu einem Drittel der Fälle (29,6 %) konnten keine Krankheiten, Verletzungen oder äußeren Ursachen festgestellt werden, so dass eine in der ICD-10 verfügbare „Platzhalter-Diagnose“ vergeben wurde (erste Zeile). Atemwegserkrankungen stehen mit 18,1 % an erster Stelle der Krankheitsdiagnosen, direkt gefolgt von unklaren Symptomen (Mohammadzadeh et al. 2016)

2.2.3.2 Internationale Daten

Die folgenden Daten stammen aus dem europäischen Ausland, daher sind sie im Kontext der jeweiligen Versorgungssysteme und ggf. unter Berücksichtigung möglicher Unterschiede in den Geflüchtetenpopulationen zu betrachten. Diese potenziellen Einschränkungen einer generellen Aussagekraft sind jedoch aufgrund der Herkunftsländerzuständigkeit und unterschiedlicher lokaler Regelungen der Versorgung auch zwischen deutschen Bundesländern oder gar Kommunen gegeben.

Eine Analyse der Vorstellungsgründe von 880 Geflüchteten aus dem Mittleren Osten (davon 25 % aus Syrien) in einer Notaufnahme in Bern, Schweiz, von Pfortmueller et al (2016) kam zu den in Tabelle 6 dargestellten Ergebnissen. Von den chronischen Beschwerden, die angegeben wurden, waren die häufigsten gastrointestinal mit 15 % (132), muskuloskelettal mit 12,3 % (108) und Kopfschmerzen mit 8,9 % (78).

Tabelle 6: Vorstellungsgründe von Geflüchteten in einer Notaufnahme in Bern

Häufigste Vorstellungsgründe	N	%
Chirurgisch	381	43,3 %
Unfälle	196	50,6 %
Internistisch	321	36,5 %
akute Infektionen	141	43,9 %
neurologische Beschwerden	70	21,8 %
gastrointestinale Beschwerden	47	14,6 %
Psychiatrisch	137	15,6 %

Tab. 6: Die Vorstellungsgründe wurden in drei Obergruppen eingeteilt, deren Anteil an der Gesamtheit der Vorstellungsgründe fett dargestellt ist. Die Prozentzahlen hinter den eingerückten Unterpunkten geben den jeweiligen Anteil an den Vorstellungsgründen der zugehörigen Obergruppe an. Von den 880 Patient_innen waren 625 (71 %) männlich und 255 (29 %) weiblich. Ein Viertel von ihnen stammte aus Syrien. Das Altersspektrum reichte von 16-84 Jahre (Median: 34 Jahre) (Pfortmueller et al. 2016).

Van Berlaer et al. (2016) werteten die Krankendaten aus einem von 09/15 bis 10/15 von *Médecins du Monde* (MdM) betriebenen „Feldkrankenhaus“ in einem Geflüchteten-Camp in Brüssel aus. Die Auswertung umfasst Daten von insgesamt 3907 Patient_innen, davon 3355 (86 %) männlich, 510 (13 %) weiblich und 42 (0,8 %), deren Geschlecht unbekannt war. Das mediane Alter lag bei 28 Jahren bei einer Altersspanne von 0-93 Jahren. 11 % (391) waren Minderjährige und bei 2 % (86) war das Alter unbekannt. Die Hauptherkunftsländer waren Irak (52 %), Syrien (20 %), Marokko (10 %), Afghanistan (3 %) und Palästina (3 %). Die Geflüchteten stellten sich mit 106 verschiedenen Symptomen vor, wobei 64 % der Patient_innen in den Konsultationen nur ein einziges Symptom berichteten. Wie oft sich Patient_innen im Durchschnitt bzw. im Minimum und Maximum innerhalb des einmonatigen Beobachtungszeitraums vorstellten, wird nicht angegeben. Die häufigsten von den Patient_innen angegebenen Konsultationsanlässe sowie die dazugehörigen häufigsten Symptombekategorien sind in Tabelle 7 zusammengefasst. Über 7 % berichteten von Vorerkrankungen. Die häufigsten waren Arterielle Hypertonie und Diabetes, seltener Asthma, alte Frakturen, Epilepsie, Rheuma, Neoplasien sowie gastrointestinale, urogenitale und psychische Störungen. 7 Patient_innen hatten ihre Brillen auf der Flucht verloren. MdM stellte chronisch kranken Patient_innen die nötigen Medikamente und Materialien zur Verfügung (Insulin, β -Blocker, Blutglukosemessgeräte etc.). Die am häufigsten gestellten Diagnosen und die häufigsten diagnostischen Oberkategorien sind in Tabelle 8 dargestellt. Kein_e Patient_in starb während des Beobachtungszeitraums, eine Person wurde reanimiert und 1 % waren entweder während der Flucht oder in Brüssel Opfer von Willkürgewalt geworden. Syrische und irakische Staatsangehörigkeit sowie ein Lebensalter von < 5 Jahren waren mit einem höheren Risiko für Infektionskrankheiten assoziiert.

Tabelle 7: Gründe für das Aufsuchen einer Geflüchteten-Ambulanz in Brüssel

Häufigste Vorstellungsgründe		Nach Organsystem	
Husten	16 %	Atemwegssymptome	56 %
Halsschmerzen	15 %	Gastrointestinale Symptome	12 %
Zahnschmerzen	10 %	Muskuloskelettale Symptome	12 %
Schnupfen	10 %	Verletzungen	11 %
Schmerzen der Extremitäten	6 %	Neurologische Symptome	11 %
Hautverletzungen	6 %	Hautprobleme	10 %
Grippeähnliche Symptome	4 %	Zahnprobleme	10 %
Unfälle	4 %		
Fehlende Dauermedikation	4 %		
Bauchschmerzen	3 %		
Fieber	3 %		
Angst	2 %		

Tab. 7: Aufgeführt sind die am häufigsten von den 3907 behandelten Patient_innen im Beobachtungszeitraum (9/15-10/15) angegebenen Beschwerden und Symptome als Gründe für ihre Vorstellung in der medizinischen Ambulanz sowie die sich daraus ergebenden Anteile der verschiedenen Organsysteme an der Gesamtheit der Vorstellungsgründe. Unter den Einzelsymptomen stehen verschiedene Atemwegssymptome an den ersten Positionen und machen insgesamt auch den größten Teil (56 %) der Vorstellungsgründe aus (Van Berlaer et al. 2016).

Tabelle 8: Häufigste Diagnosen in einer Geflüchteten-Ambulanz in Brüssel

Häufigste Diagnosen		Nach Oberkategorie	
Infekte der oberen Atemwege	31 %	Atemwegserkrankungen	35,5 %
Karies	8 %	Verletzungen	11,6 %
Hautinfektionen	8 %	Zahnerkrankungen	9,5 %
Gastroenteritis	7 %	Hauterkrankungen	8,6 %
Hautverletzungen	6 %	Erkr. des Verdauungssystems	7,8 %
Muskuloskelettale Erkr.	6 %	Muskuloskelettale Erkr.	6,1 %
Unfalltraumata	6 %	Zahnprobleme	10 %
Psychische Erkrankungen	2 %	Keine Erkr./soziale Probleme	0,5 %

Tab. 8: Aufgeführt sind die am häufigsten bei den 3907 in der medizinischen Ambulanz behandelten Patient_innen im Beobachtungszeitraum (9/15-10/15) gestellten Diagnosen sowie die sich daraus ergebenden Anteile der verschiedenen Organsysteme an der Gesamtheit der Diagnosen. Atemwegserkrankungen sind mit 35,5 % führend (Van Berlaer et al. 2016).

Von den Patient_innen < 5 Jahre waren 61 % in Zelten untergebracht und 50 % litten an Infektionen der Atemwege. In 3 % bzw. 4 % der Fälle wurden die Patient_innen gebeten, sich im Feldkrankenhaus bzw. in der ambulanten Versorgung zur Kontrolle wieder vorzustellen. Überweisungen wurden für 11 % der Patient_innen ausgestellt: 5 % zu Zahnärzt_innen, 3 % an Notaufnahmen, 2 % zu Psychotherapeut_innen und 0,5 % zur Geburtsnachsorge. Die große Häufigkeit von Infektionen der oberen Atemwege, die Beobachtungen aus vorangegangenen Studien bestätigt, wird von den Autor_innen mit der Ankunft der Geflüchteten im Herbst bei kaltem und nassem Wetter, der

fehlenden Anpassung an typische Erkältungsviren Westeuropas sowie den beengten Unterbringungsverhältnissen erklärt. Aufgrund des Fokus auf akute Erkrankungen bei der Versorgung im Feldkrankenhaus könnten latente parasitäre Infektionen un bemerkt geblieben sein. Ebenso von Unterdiagnostik betroffen sein könnten Infektionskrankheiten wie Masern, Polio oder Keuchhusten, auf die im Gegensatz zu Tuberkulose in Belgien nicht gescreent wird. Im Erhebungszeitraum gab es mehrere Verdachtsfälle auf diese Erkrankungen, von denen jedoch keiner bestätigt wurde.

In einem Geflüchtetenlager zur längerfristigen Unterbringung auf Lesbos, Griechenland, in dem eine medizinische Klinik eingerichtet wurde, wurden in sechs Wochen zwischen März und Mai 2016 die durchgeführten Konsultationen dokumentiert. Insgesamt stellten sich 1026 der 2291 Untergebrachten vor, von denen 944 nur einmal und 82 zu zwei oder mehr Konsultationen erschienen. Der Altersmedian der Patient_innen aus 24 Nationalitäten lag bei 23 Jahren mit einem Kinderanteil von 30 %. Tabelle 9 zeigt die am häufigsten gestellten Diagnosen.

Tabelle 9: Häufigste Erkrankungen bei Geflüchteten in einem Lager auf Lesbos

Häufigste Diagnosen nach Organsystem

Infektionen der oberen Atemwege	26 %
Erkältungskrankheiten	42 %
Pharyngitis	30 %
Influenza	19 %
Tonsillitis	6 %
Sinusitis	1,6 %
Muskuloskelettale Erkrankungen	11,6 %
Psychische Erkrankungen	5,5 %
Psychosomatische Erkrankungen	37,5 %
Suchterkrankungen (Methadon)	23 %
Panikstörung/Angststörung	14 %
PTSD	7 %
Suizidversuche	7 %
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	3,4 %
Zahnerkrankungen	3,2 %
Neurologische Erkrankungen	2,9 %

Tab. 9: Es wurden Daten von 1026 Patient_innen ausgewertet, die sich zwischen März und Mai 2016 in einer medizinischen Klinik in einem Geflüchtetenlager auf Lesbos, Griechenland vorstellten. Die Diagnosen wurden in sechs Obergruppen eingeteilt, deren Anteil an der Gesamtheit der Diagnosen jeweils rechts daneben dargestellt ist. Die Prozentzahlen hinter den eingerückten Unterpunkten geben den jeweiligen Anteil an den Diagnosen der zugehörigen Obergruppe an. Infektionen der oberen Atemwege, bei denen es sich fast in der Hälfte der Fälle (42 %) um Erkältungskrankheiten handelte, machten gut ein Viertel (26 %) aller Diagnosen aus und waren somit führend (Hermans et al. 2017).

In 13 % aller Konsultationen wurde eine Überweisung an *Médecins du Monde* als notwendig erachtet. Gründe hierfür waren der Bedarf an weiterführenden diagnostischen Tests, Planung von Dauermedikation und spezialisierter Behandlung. Zu 20 Gelegenheiten wurde ein Rettungswagen gerufen, u. a. wegen des Verdachts auf Myokardinfarkte, Meningitissymptomatik bei einem Säugling und eines Krampfanfalls (Hermans et al. 2017).

Eine einzige im Rahmen der Literaturrecherche gefundene Studie (Pavli & Maltezos 2017) befasste sich vornehmlich mit nicht-übertragbaren Erkrankungen (*non-communicable diseases*, NCDs) bei Geflüchteten und Migrant_innen. Im Vergleich zu westeuropäischen Populationen wurde bei Migrant_innen aus Nordafrika, der Karibik und Südasiens eine höhere Mortalität durch Diabetes mellitus festgestellt. Geflüchtete und Migrant_innen aus Westafrika litten häufiger an Bluthochdruck und zerebrovaskulären Erkrankungen. Bei Geflüchteten aus Afghanistan, dem Irak und Nordafrika ist mit höherer Wahrscheinlichkeit eine koronare Herzkrankheit anzutreffen. Eine mögliche Ursache wird in der Schwierigkeit gesehen, Bluthochdruck in den Herkunftsländern rechtzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln. Ebenfalls häufiger waren Eisenmangelanämien bei Frauen und Kindern sowie Krebsarten, die im Zusammenhang mit früh erworbenen Infektionen stehen (z. B. Leberzellkarzinom, Zervixkarzinom oder Magenkrebs). Weniger häufig kamen hingegen Krebsarten vor, die mit einem westlichen Lebensstil in Verbindung gebracht werden (z. B. kolorektales Karzinom, Brust- oder Prostatakrebs).

2.3 Die *International Classification of Primary Care* und CONTENT

Hausärzt_innen sind als Generalist_innen meist die erste Anlaufstelle für Patient_innen im Gesundheitssystem und sehen daher die Gesundheitsprobleme häufig bereits in ihren Anfangsstadien. Laut Kühlein und Kolleg_innen könne im primärärztlichen Kontext zwischen Kranksein und Krankheit, welche sich selten als das „typische“ Bild präsentieren, unterschieden werden. Es wird davon ausgegangen, dass nur ca. 11 % aller nach der ICD codierten Diagnosen als „gesichert“ bezeichnet werden können. Die Aufgabe der Hausärzt_innen oder auch Primärärzt_innen sei die Behandlung akuter Erkrankungen, die Weiterleitung zu anderen Versorgungsebenen, wenn nötig, sowie

die langfristige Begleitung chronisch Kranker. Dabei werde eine Koordinierungs- und Filterfunktion („Gatekeeping“) angestrebt (Kühlein et al. 2008).

Die *International Classification of Primary Care* (ICPC) ist ein speziell für den primärmedizinischen Kontext entwickeltes Klassifikationssystem. Sie wurde 1984 von Lamberts & Woods entworfen und 1987 erstmals als von der WHO anerkanntes Klassifikationssystem veröffentlicht (Lamberts & Wood 2002). Die Besonderheit der ICPC ist, dass sie die Abbildung von Behandlungsepisoden ermöglicht. Die Episoden stellen den Behandlungsverlauf bei einem zugrundeliegenden Problem dar. Jede Konsultation bezüglich dieses Problems wird bei der Codierung in Beratungs-/Konsultationsanlass („Reason for Encounter“, RfE), Konsultationsergebnis und Behandlungsprozess unterteilt. Die RfEs dienen der Beschreibung des Anliegens, wie es von den Patient_innen geschildert wird. Es können hierbei Symptome, aber auch Diagnosen formuliert werden, wenn die Patient_innen die verursachende Erkrankung kennen oder zu kennen glauben. Darüber hinaus erlaubt die ICPC die Codierung von Patient_innenwünschen nach Überweisungen, Medikamentenverschreibungen, Tests etc. als RfE. Ist es im Rahmen einer Konsultation nicht möglich, eine Krankheitsdiagnose zu stellen, kann eine Symptomdiagnose gestellt werden. Unter diesem „Label“ kann die Episode zunächst laufen. Lamberts & Woods (2002) vertreten die Ansicht, dass die Formulierungen der Patient_innen nicht etwa durch die Hausärzt_innen „korrigiert“ werden sollten, indem den Patient_innen das „tatsächliche Problem“ aufgezeigt werde, sondern als gemeinsame Sprache mit den Patient_innen sowie für die akkurate Dokumentation des Beschwerdebildes genutzt werden sollten. Die Episoden verlaufen je nach Komplexität bzw. Chronizität des Gesundheitsproblems über mehrere oder weniger Konsultationen. In einer einzelnen Konsultation können eine oder mehrere Episoden beginnen, sich fortsetzen und/oder enden. Die *International Classification of Diseases* (ICD) und ICPC schließen sich gegenseitig nicht aus und können über Mapping ineinander umgesetzt oder auch gleichzeitig codiert werden (siehe u.a. die Mapping-Tabelle der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, DEGAM 2011). Die ICPC liegt inzwischen in zweiter Auflage als ICPC-2 vor (siehe ehelse.no 2018). Ihre Weiterentwicklung und Betreuung werden vom *WONCA International Classification Committee* (WICC) übernommen. Die Struktur der ICPC besteht aus 17 Organkategorien, die mit einem Großbuchstaben abgekürzt werden. Dieser Buchstabe ist den zu der jeweiligen Kategorie gehörenden Codes stets vorangestellt. Die Codes sind nach sieben farblich unterschiedenen Komponenten sortiert: Prozeduren, Symptome, Infektionen, Neubildungen, Verletzungen, Fehlbildungen sowie andere Diagnosen (als Sammelkategorie

für die übrigen Diagnosen). Die deutsche Version des ICPC-2-Katalogs wurde von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg im Rahmen der CONTENT-Studie (siehe auch Kapitel 6.2.1) erstellt. CONTENT steht für „CONTinuous Morbidity Registration Epidemiologic NeTwork“, ein von der oben genannten Abteilung aufgebautes Forschungsnetzwerk, welches in Deutschland erstmalig die ICPC nutzte, um Behandlungsverläufe in der allgemeinmedizinischen Versorgung einer für die Allgemeinbevölkerung repräsentativen umfangreichen Stichprobe zu analysieren (Kühlein et al. 2008).

2.4 Zusammenfassung des Forschungsstands

Die Kommunikation mit Geflüchteten, insbesondere der Bedarf an Sprachmittlung, wird in nahezu allen herangezogenen wissenschaftlichen Veröffentlichungen als wichtiger Aspekt und häufig als problematisch hervorgehoben. Die eGK ist ein Ansatz, die Forderung nach gleichen Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung für Geflüchtete und Allgemeinbevölkerung umzusetzen. Es zeigte sich, dass ihre Einführung zu Einsparungen sowie zur Vereinfachung von Abläufen in der Verwaltung führen, Unsicherheit reduzieren und zu einer Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes von Geflüchteten beitragen kann. Welche Anforderungen Geflüchtete an die medizinische Versorgung konkret stellen, lässt sich anhand der Datenlage schwer beurteilen. Die Erhebung von Diagnosen, die im Rahmen von Konsultationen in unterschiedlichen Settings gestellt wurden, gibt einen ersten Anhaltspunkt. Die Häufigkeiten der meistgestellten Diagnosen ähneln sich über verschiedene Erhebungszeiträume und -orte hinweg. Zum Teil wurde bei den Erhebungen nach Konsultationsanlässen/Symptomen und Diagnosen unterschieden, was ein etwas differenzierteres Bild darüber vermittelt, mit welchen Gesundheitsproblemen die Ärzt_innen beim Kontakt mit Geflüchteten umzugehen hatten. Zu chronischen Erkrankungen gibt es die wenigsten Informationen. Die Studienergebnisse lassen vermuten, dass sie trotz des sehr niedrigen Altersdurchschnitts der Geflüchtetenpopulationen einen relevanten Anteil ausmachen, allerdings ist eine von konkreten Zahlen gestützte Aussage gegenwärtig nicht möglich. Ein nicht unerheblicher Teil des Wissensstandes zur Morbidität und Versorgungssituation Geflüchteter stammt aus Befragungen von Mediziner_innen, Mitarbeiter_innen von an der Versorgung Geflüchteter beteiligten Institutionen sowie Geflüchteten selbst. Aus diesen (Selbst-)Einschätzungen und Erfahrungsberichten

lassen sich – auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse zu den Diagnosenhäufigkeiten – einige epidemiologische Annahmen für die Gesamtgeflüchtetenpopulation ableiten; unter anderem, dass sich die zu erwartenden körperlichen Erkrankungen nicht wesentlich von denen der Allgemeinbevölkerung unterscheiden, und dass die Geflüchteten kein erhöhtes Infektionsrisiko für die ansässige Bevölkerung darstellen, sondern eigentlich einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

Neben strukturellen Informationen liefern die bisher verfügbaren Daten überwiegend Häufigkeiten von relativ weit gefassten Diagnosekategorien. Zu den zugrundeliegenden Konsultationsanlässen (den subjektiven, von den Patient_innen geschilderten Gründen für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung), der Befunderhebung, den Therapien bzw. den Behandlungsverläufen insgesamt gibt es nahezu keine Daten. Es waren keine Studien mit Bezug zur medizinischen Versorgung von Geflüchteten ausfindig zu machen, in denen die ICPC zur Anwendung kam.

3. Fragestellung und Ziel

Die Häufigkeiten von Diagnosen innerhalb einer Geflüchtetenpopulation zu kennen, lässt als alleinige Information keine sicheren Rückschlüsse darauf zu, ob die Erfahrungen aus der klinischen Praxis mit einem gewohnten Patient_innenklientel, das sich aus der deutschen Allgemeinbevölkerung rekrutiert, auf Geflüchtete übertragen werden können. Von diesem Informationsstand ausgehend ergibt sich zunächst die Frage, wie sich Behandlungsverläufe bei Geflüchteten in einem bestimmten Behandlungskontext darstellen. Mit Behandlungsverlauf sind alle Entwicklungen und Vorgänge gemeint, die sich im Rahmen eines zugrundeliegenden Gesundheitsproblems vom Moment der ersten Vorstellung in der Sprechstunde an bis zum Ende der Behandlung, also dem letzten Ärzt_innen-Patient_innen-Kontakt, ergeben. Eine Erhebung von Behandlungsverläufen bei erkrankten Geflüchteten im Kontext des Versorgungskonzeptes, in dem sie stattfanden, könnte erste Anhaltspunkte dafür liefern, ob die Behandlung und dementsprechend das Versorgungskonzept adäquat bzw. „erfolgreich“ waren. Absolute Aussagen darüber wären allerdings – auch angesichts der Tatsache, dass die medizinische Versorgung von Geflüchteten, in Deutschland wie auch anderswo, immer in Abhängigkeit von den Gegebenheiten des Gesundheitssystems stattfindet, dessen allgemeine Leistungsfähigkeit und Limitationen berücksichtigt werden müssen – nicht ohne Weiteres zu treffen. Es liegt deshalb nahe, die medizinische Versorgung Geflüchteter nicht isoliert zu betrachten, sondern einen Vergleich mit der medizinischen Versorgung der Allgemeinbevölkerung anzustellen. Anhand einer Gegenüberstellung der Patient_innenklientel, des Krankheitsspektrums, des Spektrums subjektiver Beschwerden (Konsultationsanlässe) sowie der Behandlungsverläufe beider Gruppen ließe sich beurteilen, ob ein vergleichbares Versorgungsniveau erreicht werden konnte bzw. ob Geflüchtete besondere Anforderungen an die Versorgungsstrukturen stellen und das angewandte Versorgungskonzept eine Bewältigung dieser Herausforderungen zuließ. Aufgrund der großen Heterogenität der Versorgungskonzepte kann nicht von *der* medizinischen Versorgung Geflüchteter gesprochen werden. Jedes lokale Versorgungskonzept ist vielmehr für sich zu betrachten. Erkenntnisse aus einem Vergleich mit der Regelversorgung (der Versorgung der Allgemeinbevölkerung) in Bezug auf das Versorgungsniveau sind dementsprechend auch nur für das betrachtete Versorgungskonzept gültig. Darüber hinaus muss im Sinne einer größtmöglichen Vergleichbarkeit definiert werden, welcher Sektor der Regelversorgung dem jeweiligen

Versorgungskonzept am meisten entspricht. Aus diesem Sektor sollten die Daten der Vergleichs-Patient_innenpopulation stammen.

In dieser Arbeit liegt der Fokus auf Hamburg. Die dortige Organisation der medizinischen Versorgung Geflüchteter wurde bereits in Kapitel 2.2.1 beschrieben. Es handelt sich um ein Konzept einer ambulanten allgemeinmedizinischen First-Line-Versorgung. Die Basishypothese dieser Arbeit ist, dass diesem Konzept folgend tatsächlich eine primärmedizinische First-Line-Versorgung in den EAs stattfand, das heißt, dass es in der Umsetzung tatsächlich gelungen ist, mit etablierten ambulanten allgemeinmedizinischen Versorgungskonzepten vergleichbare Bedingungen zu schaffen. Daher erscheint ein Vergleich von Gesundheitsdaten aus einer Hamburger EA mit Daten aus der primärärztlichen Regelversorgung sinnvoll. Hieraus ergibt sich die im Titel formulierte Hauptaufgabe dieser Dissertation: Vergleich der First-Line-Versorgung von Geflüchteten in einer Hamburger Erstaufnahme-Einrichtung mit der primärärztlichen Regelversorgung in Bezug auf Patientenkontext, Morbiditätsspektrum und Leistungsgeschehen.

Aufgrund der Verfügbarkeit eines Klassifikationssystems wie der ICPC, welche die Abbildung der für die Untersuchung wichtigen Aspekte primärmedizinischer Behandlungsverläufe ermöglicht, wurde entschieden, sie dem Modell der CONTENT-Studie folgend im Kontext der primärärztlichen Versorgung Geflüchteter anzuwenden. Die Orientierung an der CONTENT-Studie, welche zugleich die benötigten Vergleichsdaten aus der Regelversorgung der Allgemeinbevölkerung bereitstellt, erleichtert die Gegenüberstellung.

Die übergeordnete Zielsetzung dieses Vergleichs ist die Beantwortung der Frage, ob die primärärztliche Versorgung Geflüchteter in einer Hamburger EA nicht nur konzeptionell, sondern in Bezug auf alle im Titel genannten Dimensionen mit der primärärztlichen Versorgung der Allgemeinbevölkerung vergleichbar war, um das Versorgungskonzept im Sinne einer Qualitätskontrolle zu evaluieren und dessen Funktionsfähigkeit als Grundlage für eine zukünftige Bedarfsplanung zu beschreiben.

4. Material und Methoden

4.1 Methodische Anlage der Untersuchung

Es wurde zunächst eine systematische Literaturrecherche in allen einschlägigen Datenbanken durchgeführt, um den Forschungsstand zu erfassen. Dabei wurden zwei Schwerpunkte gesetzt. Zum einen sollten Quellen gesucht werden, die über die (medizinische) Versorgungssituation Geflüchteter in Deutschland bzw. Europa sowie das vorherrschende Morbiditätsspektrum Auskunft geben, zum anderen galt es, Vergleichsdaten aus der primärärztlichen Versorgung der deutschen Allgemeinbevölkerung zu finden, um ebenfalls ein Abbild des „ungefilterten“ Morbiditätsspektrums sowie der Behandlungsverläufe zu erhalten.

Es wurde eine ergänzende Suche in Google Scholar durchgeführt, um die Resultate aus Pubmed gegebenenfalls zu ergänzen, wobei sich die relevanten Treffer größtenteils mit der bereits gefundenen Literatur deckten. Hiermit konnte geeignete Literatur zur (medizinischen) Versorgungssituation sowie zum Morbiditätsspektrum bei Geflüchteten gesammelt werden. Kriterien für den Ausschluss von Resultaten waren ein fehlender Bezug zu Deutschland und Europa, ein fehlender zeitlicher Bezug zur sogenannten Flüchtlingskrise, eine häufig damit verbundene fehlende Aktualität sowie eine fehlende Unterscheidungsmöglichkeit zwischen Migrant_innen und Geflüchteten bei Studienergebnissen. Über die Recherche in den medizinischen Datenbanken hinaus wurden, um wichtige Aspekte ohne direkten medizinischen oder gesundheitsökonomischen Bezug mit einzubeziehen, auch Graue Literatur, Veröffentlichungen internationaler Organisationen und nationaler Behörden sowie journalistische Artikel herangezogen. Die Ergebnisse bildeten die Grundlage für die Einleitung, den Stand der Forschung (Kapitel 2) sowie die Diskussion (Kapitel 6).

Wie bereits beschrieben entstammen die für die Diskussion letztendlich verwendeten Vergleichsdaten der CONTENT-Studie, welche in Kapitel 6.2.1 näher beschrieben ist. Die Studienergebnisse wurden direkt von der für das Forschungsprojekt eingerichteten Website (www.content-info.org, besucht am 26.10.2017) heruntergeladen.

Die Bearbeitung der Fragestellung basiert auf der retrospektiven Aufbereitung und Auswertung von Gesundheitsdaten von Geflüchteten, die in einer Hamburger Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht waren und die dortige Sprechstunde besuchten.

4.2 Ort der Untersuchung und Patient_innen

Die verwendeten Daten stammen aus der EA Rugenborg in Hamburg-Osdorf im Bezirk Altona. Mit 1700 Plätzen war sie eine der beiden größten Einrichtungen in Hamburg. Träger war der DRK-Kreisverband Hamburg-Altona. Im Laufe des Jahres 2016 wurden alle Bewohner_innen nach und nach in andere Unterkünfte verlegt und die EA schließlich im Juli 2016 geschlossen. Die EA Rugenborg bestand aus der Halle eines ehemaligen Baumarktes sowie zusätzlichen auf dem Gelände aufgestellten Wohncontainern. Das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin (IPA) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) war mit der Durchführung der allgemeinmedizinischen Sprechstunden vor Ort beauftragt. Bei der Organisation wurde sich wie in den anderen EAs nach den Vorgaben des Gesundheitsamtes Altona gerichtet, allerdings gab es ab Frühjahr 2016 in der EA Rugenborg mehrere Besonderheiten. Nachdem bekannt wurde, dass das IPA die Sprechstunden organisieren würde, entstand die Idee einer Innovation. Die Firma Cisco Systems entwickelte mit weiteren Partner_innen das Konzept einer mobilen Medizin-Station in Form eines umgebauten Schiffs-Containers, für die die Bezeichnung *Refugee First Response Center (RFRC)* gewählt wurde. Der in zwei Räume – ein Anmeldungszimmer und das eigentliche Sprechzimmer – unterteilte Container ist mit dem für eine First-Line-Versorgung notwendigen Equipment sowie W-LAN und einem Video-Dolmetschsystem ausgestattet. Letzteres hatte bereits zuvor am UKE Anwendung gefunden. Es wurden hierfür die Dienstleistungen der österreichischen SAVD Videodolmetschen GmbH genutzt, zu deren Partnern Cisco gehört. Ca. 700 Mitarbeiter_innen dolmetschen auf professionellem Niveau in 50 Sprachen. Für die benötigte Sprache kann auf Knopfdruck in der Regel innerhalb von Sekunden ein_e Dolmetscher_in über Online-Video-Übertragung zum Konsultationsgespräch hinzugeschaltet werden. Das Pilotprojekt mit dem ersten RFRC wurde in Kooperation mit dem IPA in der EA Rugenborg gestartet (RFRC 2017). Am 25. April 2016 wurde der Prototyp-Container in Betrieb genommen. In der Folge wurden 9 weitere Container produziert und in EAs in Hamburg eingesetzt. Die Kosten übernahm die Dorit & Alexander Otto-Stiftung (Hamburger Abendblatt 2016). Eine Modell-Darstellung des RFRC ist im Anhang als Abbildung A4 zu finden.

4.3 Quelldatenbank, Pseudonymisierung und Auswertungsinstrumente

Zur Dokumentation der Konsultationen wurde die Software „BASIS4Refugees“ (Medisoft GmbH) verwendet, welche eine zentrale Speicherung der Daten erlaubte. Bei Erst-Konsultation wurden die persönlichen Daten der Patient_in, wie sie auch der Verwaltung der EA vorlagen, aufgenommen. Desweiteren, wie auch bei allen folgenden Konsultationen, wurden Anamnese, Befunde, Diagnosen und Prozedere eingetragen. Nach Ende des Versorgungsauftrags des IPA in der EA Rugenbarg wurden alle Einträge, die von den Ärzt_innen über den gesamten Zeitraum vorgenommen worden waren, in einer Excel-Tabelle (Microsoft® Excel 2016) zusammengefügt, so dass nun eine Roh-Datenbank vorlag. Sie enthielt die vollständigen Namen der Patient_innen, daher wurde der Datensatz vor der Verwendung zu Forschungszwecken pseudonymisiert.

Die Einträge bestanden größtenteils aus Freitextfeldern mit Ausnahme von Daten, Altersangaben und unvollständiger Codierung nach der *International Classification of Diseases* (ICD).

Dieses Klassifikationssystem dient der eindeutigen Verschlüsselung von Diagnosen. In einem allgemeinmedizinischen bzw. primärärztlichen Kontext ist dies allerdings oft weder hilfreich noch angebracht, da häufig Symptome behandelt werden, ohne dass eine gesicherte Diagnose vorliegt. Zudem ist in der ICD nicht vorgesehen, mehr Informationen als die Diagnose(n) aus einem Ärzt_innen-Patient_innen-Kontakt in Form von Codes zu erfassen. Da es für die Untersuchung auf eine statistische Auswertung der Behandlungsverläufe von Beginn bis Abschluss ankam, war die ICD ungeeignet. Eine Auswertung der Datenbank in ihrem ursprünglichen Zustand konnte also nicht durchgeführt werden. Stattdessen war ein Klassifikationssystem erforderlich, welches ermöglicht, die primärärztliche Arbeitsweise abzubilden.

Um eine Auswertung der für die Untersuchung relevanten Daten vornehmen zu können, wurden die Einträge retrospektiv in ICPC-2 (im Folgenden ICPC) umcodiert. Der verwendete ICPC-Katalog ist im Anhang unter Instrument 1 zur Anschauung abgedruckt.

4.4 Durchführung der Untersuchung

In der Roh-Datenbank waren Einträge zu 17 verschiedenen Kategorien (Patient_innen-ID, Geburtsdatum, Nationalität, Geschlecht, Vorstellungsdatum, Aufnahme datum, Alter bei Aufnahme, Arzt, Anamnese, Befund, ICD-Diagnosen, Eigene Diagnosen, Freitext-Diagnosen, Behandlung, Prozedere, Medikamente, Bemerkungen), die die Spalten-Überschriften der Excel-Tabelle bildeten, vorhanden. Jede Konsultation wurde durch eine Zeile repräsentiert. Insgesamt umfasste die Tabelle 6219 auswertbare Zeilen, die nach Patient_innen-ID (Pat-ID) und Vorstellungsdatum sortiert der Reihe nach mit Hilfe des zweiseitigen ICPC-Katalogs am Bildschirm durchgegangen werden mussten. Bei der Codierung wurde nach dem SOAP-Schema vorgegangen, einer Dokumentationsmethode für die klinische Praxis, die auf dem Prinzip des *Patient-oriented Medical Record* (POMR) basiert (Weed 1964). SOAP steht für „subjective“, „objective“, „assessment“ und „plan“, das heißt, die subjektiven Beschwerden des_der Patient_in, die erhobenen objektiven Befunde, die Beurteilung der Problematik in Form der Diagnosestellung sowie das sich daraus ergebende Prozedere. Somit wurde die in der ICPC-Logik vorgesehene Dreiteilung der Dokumentation einer Konsultation um die Rubrik O erweitert. Dies erlaubte bei der Codierung die Differenzierung zwischen diagnostischen Maßnahmen *während* der Konsultation (O) und *geplanten* (diagnostischen) Maßnahmen (P).

Es wurde ein neues Spaltenpaket erstellt, welches rechts an die bereits bestehenden Spalten angefügt wurde. Darin waren die sich aus den Freitexteinträgen und ICD-Codes ergebenden ICPC-Codes für die vier SOAP-Rubriken einzutragen. Es waren mehrere Eintragungsmöglichkeiten (Spalten) für die Rubriken S, O und P, jedoch nur eine Eintragungsmöglichkeit für die Rubrik A angelegt. Die hier einzutragende Diagnose stellte das Episoden-Label dar bzw. definierte die Zugehörigkeit der jeweiligen Konsultation zu einer Behandlungsepisode. In Abhängigkeit von den Entwicklungen bzw. neuen Ergebnissen in den anderen Rubriken im Verlauf der Episode kam es vor, dass sich die zuvor vergebene Diagnose und somit das Episoden-Label änderte, insbesondere, wenn es sich zunächst um eine Symptomdiagnose gehandelt hatte. Jede Episode, die in den Ärzt_innen-Patient_innen-Kontakten innerhalb des dokumentierten Zeitraums generiert wurde, erhielt ein neues dieser Spaltenpakete, in welchem die Inhalte der Zeilen (= Konsultationen), in denen sich auf die Problematik der jeweiligen Episode bezogen wurde, in ICPC-Codes untereinander eingetragen wurden. Pro Patient_in befanden sich in jedem Spaltenpaket nur ICPC-Codes, die sich auf ein und

dieselbe Episode bezogen, aber es befanden sich in jedem Spaltenpaket Codes zu Episoden vieler unterschiedlicher Patient_innen. Beginn in einer Konsultation eine neue Episode, wurde im nächsten Spaltenpaket mit der Codierung dieser Episode begonnen, während sich in derselben Konsultation ggf. eine andere Episode fortsetzte, für die dann in einem Spaltenpaket weiter links weitercodiert wurde. Für jede_n Patient_in bauten sich die Episoden in sich also von oben nach unten und die Episodenabfolge von links nach rechts auf. Vor jedem Episoden-Spaltenpaket wurde eine Extra-Spalte angelegt, in der immer ein spezifischer Eintrag vorgenommen wurde, wenn die jeweilige Episode begann (a), sich fortsetzte (s1, s2, s3,...), endete (e) oder in einer einzigen Konsultation begann und endete (ae), um später sowohl die Dauer jeder Episode berechnen als auch die Anzahl der Folgevorstellungen bzgl. einer Episode bestimmen zu können.

Zunächst wurde von drei verschiedenen Untersucher_innen eine ICPC-Test-Codierung der Konsultationen von 25 zufällig ausgewählten Patient_innen, was 104 Zeilen (1,3 %) entsprach, durchgeführt, um ein optimales systematisches Vorgehen zu erarbeiten. Bereits bei der Test-Codierung blendeten alle drei Untersucher_innen die Spalte mit der Angabe der Nationalität aus, um diese als möglichen Einfluss auf ihr Codierverhalten auszuschließen. Da Geschlecht und Alter für das Nachvollziehen der Krankengeschichte notwendig waren, wurden diese nicht ausgeblendet. Nach der Test-Codierung wurden die drei verschiedenen Tabellenversionen abgeglichen. Ziel war es, neben einer Überprüfung der inhaltlichen Übereinstimmung etwaige systematische Codierungsfehler zu identifizieren, Abläufe zu optimieren sowie Schwierigkeiten bei der Einteilung der Patient_innenkarrieren in Episoden und Uneindeutigkeiten bei der Vergabe von Codes zu diskutieren.

Im Anschluss wurde die vollständige Roh-Datenbank nach Pat-ID gedrittelt. Es sollte sich aufgrund ihres Umfangs bei der Codierung in ICPC zunächst auf ein Drittel fokussiert werden, um dieses möglichst zeitnah auswerten zu können und aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

4.4.1 Repräsentativität der 35 %-Stichprobe

Vor Beginn der Codierung wurde überprüft, ob die Stichprobe von 35 % (2159 Konsultationen von 6219) für die Vollerhebung repräsentativ war. Dies geschah auf der Grundlage derjenigen Parameter, die erhoben werden konnten, ohne dass bereits eine vollständige Codierung der Konsultationsinhalte nach ICPC hätte stattgefunden haben

müssen. Die Vergleichsparameter waren das Patient_innen-Alter bei Aufnahme, das Geschlechterverhältnis, die Nationalität sowie die Anzahl der Konsultationen pro Tag über den gesamten Dokumentationszeitraum. Die Abgleichungsauswertung wurde in Excel und IBM® SPSS® Statistics durchgeführt. Für das Alter bei Aufnahme ergab sich für die Stichprobe von 517 Patient_innen ein Durchschnitt von 23,77 Jahren (SD 14,798) und für die Vollerhebung von 1493 Patient_innen ein Durchschnitt von 22,79 Jahren (SD 14,897). In der Ausgabe der Werte als Histogramm zeigte sich ein kongruentes Verteilungsmuster (siehe Abbildungen A6 und A7). Die Geschlechterverteilungen in Stichprobe und Vollerhebung unterschieden sich nicht. Der Mittelwert der Anzahl der Konsultationen pro Tag in der Vollerhebung betrug 33 (Median: 34) und in der Stichprobe 11,4 (Median: 11). Dies entspricht also wie bei der Gesamtanzahl der Konsultationen einem Anteil von 35 % an der Vollerhebung. Die grafische Darstellung der Anzahl der Konsultationen pro Tag über den gesamten Dokumentationszeitraum zeigt, dass das Verteilungsmuster in der Stichprobe und das Verteilungsmuster in der Vollerhebung einander entsprechen (siehe Abbildung A8 und A9). Zusätzlich wurde mittels Mann-Whitney-U-Tests bestätigt, dass das Alter bei Aufnahme, die Geschlechter- und Nationalitätenverteilung sowie die Verteilung der Vorstellungsdaten in der Stichprobe sich nicht signifikant von der Vollerhebung unterschieden.

Bei der hier ausgewerteten Stichprobe handelt es sich also nicht um einen zeitlichen oder demografischen Ausschnitt, sondern um einen repräsentativen Anteil der Vollerhebung. Die Codierung der Konsultationsinhalte in der Stichprobe nach ICPC wurde von einer einzigen Untersucherin durchgeführt, so dass mögliche Unterschiede im Codierverhalten zwischen mehreren Personen ausgeschlossen waren. Die Spalte mit der Angabe der Nationalitäten wurde wie während der Test-Codierung ausgeblendet.

4.5 Datenanalyse

In Vorbereitung der statistischen Auswertung erfolgte eine Umstrukturierung der codierten Tabelle, in der jede Zeile einen Arzt-Patienten-Kontakt beinhaltete, in ein Format, in dem jede Zeile eine Behandlungsepisode mit gegebenenfalls mehrfachen Arzt-Patienten-Kontakten beinhaltete. Hierfür musste der Aufbau der Tabelle nach Pat-ID aufgegeben werden. Es ging nicht darum, bestimmten Patient_innen Konsultationen zuzuordnen zu können, sondern die Konsultationen Behandlungsepisoden zuzuordnen. Der Episodenverlauf über die Zeit sollte sich nicht von oben nach unten aufbauen,

sondern von links nach rechts, so dass pro Episode lediglich eine Zeile der Tabelle vorhanden wäre. Die Patient_inneninformationen wurden den Episodenanfängen in der Zeile stets vorangestellt, so dass nachvollziehbar blieb, von wem die jeweilige Episode generiert worden war. Die Häufigkeit, mit der eine Pat-ID in der neuen Tabelle auftauchte, entsprach nun der Anzahl der von dieser Person generierten Episoden und nicht mehr der Anzahl der von ihr in Anspruch genommenen Konsultationen. Der Spaltenaufbau blieb weitestgehend erhalten. Für jede Konsultation bzgl. einer Episode gab es ein SOAP-Spaltenpaket, welches die ICPC-Codes enthielt, und diesem jeweils vorangestellt eine Spalte mit dem Datum der Konsultation sowie eine Spalte mit der Angabe „Anfang der Episode“ (a), „Anfang und Ende“ (ae), „Nummer der Folgevorstellung“ (s1, s2, s3, ...) oder „Ende“ (e). Die Excel-Tabelle erhielt auf diese Weise ein „Wide-Format“. So formatiert konnte sie in SPSS importiert werden. SPSS wurde für alle folgenden Analysen, inklusive χ^2 -Tests zur Berechnung von Signifikanzen, verwendet. Hierbei wurden ausschließlich dichotome Variablen verwendet. Das Signifikanzniveau wurde bei $p=0,05$ festgelegt. Die Daten wurden zunächst in Bezug auf Geschlechter-, Nationalitäten- und Altersverteilung ausgewertet. Hieraus wurden die Anteile verschiedener Altersgruppen (nach Geschlecht) an der Stichprobe berechnet. Ferner wurden die Anzahl der Patient_innen, die Anzahl der Behandlungsepisoden insgesamt bzw. durchschnittlich pro Patient_in sowie die Anzahl der Konsultationen pro Tag und pro Monat berechnet. Den wichtigsten Schritt der Auswertung stellte die Berechnung der Häufigkeiten von RfEs und Diagnosen sowie der Prozeduren dar, welche nach Organkategorie sortiert bzw. gruppiert wurden. Zusätzlich erfolgte eine getrennte Auswertung nach Altersgruppen und Geschlecht. Auf Basis der Episodenlänge (Abstand zwischen Datum des Beginns und Datum des Endes, jeweils markiert durch a und e bzw. ae) wurden die Episoden in <4-wöchige und >4-wöchige Episoden eingeteilt und ihr jeweiliger Anteil an den Diagnosegruppen/Organkategorien berechnet. Es wurde untersucht, ob hierbei signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestanden. Grafiken wurden auf der Basis der Daten aus SPSS in Excel erstellt.

4.6 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethik-Kommission

Eine Genehmigung der Untersuchung durch die Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg war für die hier vorliegende Auswertung nicht erforderlich.

Nach §630f BGB besteht für alle medizinischen Behandlungen eine ärztliche Dokumentationspflicht sowie eine Aufbewahrungspflicht für die Dauer von zehn Jahren. Im Rahmen der Versorgung Geflüchteter in der EA Rugenbarg erfolgte die ärztliche Dokumentation in elektronischer Form (Einträge in eine lokal-gespeicherte Datenbank). Den auswertenden Wissenschaftler_innen wurde ein komplett anonymisierter Datensatz mit ICD10-Diagnosen und Texteinträgen zur Verfügung gestellt. Im Übrigen erfolgte während der Behandlung der Geflüchteten keine Validierung der persönlichen Angaben, keine Verlinkung der Behandlungsdokumentationen mit dem Bewohner_innenregister und keine Speicherung von Adressen oder Telefonnummern der behandelten Patient_innen. Somit ist eine nachträgliche Identifikation der seinerzeit behandelten Patient_innen nicht möglich. Rechtsgrundlage für die wissenschaftliche Verwertung anonymisierter Prozessdaten ist in §75 SGB X gegeben.

5. Ergebnisse

5.1 Literaturrecherche

Für den ersten Literaturrecherche-Schwerpunkt wurden „refugee* AND europe“ als Suchbegriffe verwendet und der Zeitpunkt der Veröffentlichung auf die letzten fünf Jahre eingegrenzt, was zum Suchdatum, dem 21.08.2017, 777 Treffer in Pubmed lieferte. Als Spezifizierung für den medizinischen Bereich wurden die Suchbegriffe erweitert zu „refugees OR (asylum AND seekers) AND care AND europe“ sowie „refugees OR (asylum AND seekers) AND care AND german*“, die Eingrenzung des Veröffentlichungszeitraums jedoch entfernt (859 bzw. 221 Treffer in Pubmed).

Nach Anwendung der in Kapitel 4.1. beschriebenen Ausschlusskriterien blieben knapp 70 Quellen übrig, von denen nach ausführlicher Lektüre 25 in Kapitel 2 dieser Arbeit Verwendung fanden.

Die Suche nach Vergleichsdaten aus der deutschen Allgemeinbevölkerung wurde nach mehrfachen Modifikationen mit der Struktur „(german*[Title] AND (general practitioner*[Title] OR primary care [Title])) AND (morbidity spectrum [Title] OR disease* [Title])“ bzw. „(german*[Title] AND (general practitioner*[Title] OR primary care [Title])) AND (diagnosis [Title])“ durchgeführt, lieferte jedoch keine verwertbaren Ergebnisse in medizinischen Datenbanken.

5.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Belegungszahlen in der EA Rugenbarg schwankten innerhalb des Dokumentationszeitraums vom 4. November 2015 bis zum 21. Juli 2016 erheblich und somit auch das Patient_innenaufkommen. Es wurde zu Spitzenzeiten für ca. 1400 gleichzeitig untergebrachte Menschen eine allgemeinmedizinische Sprechstunde angeboten. Montags bis freitags fand von 9–10 Uhr eine Terminsprechstunde für Wiedervorstellungen statt. Von 10–16 Uhr gab es eine offene Sprechstunde, für die sich die Patient_innen am Morgen in eine Liste eintragen konnten. Dieses Angebot wurde durch weitere Fachrichtungen ergänzt. Montags fanden eine zweistündige pädiatrische und donnerstags eine psychologische Sprechstunde statt. Alle zwei Wochen wurden darüber hinaus eine zahnärztliche und eine gynäkologische Sprechstunde angeboten. Ein typischer Tagesablauf der primärärztlichen Versorgung ist in Tabelle A2 dargestellt.

Es wurden im Dokumentationszeitraum von knapp 9 Monaten (260 Tage bzw. 37 Wochen) 6219 auswertbare Konsultationen durchgeführt. Durchschnittlich fanden pro Tag 45 Konsultationen (maximal 74, minimal 7) statt. Abbildung A5 zeigt die Entwicklung der Anzahl der Konsultationen pro Monat im Verlauf des Dokumentationszeitraums. Es ist zu beobachten, dass die Konsultationen in Abhängigkeit von der Abnahme der Anzahl der Untergebrachten ab dem Frühling 2016 weniger wurden.

Bei der untersuchten Stichprobe handelt es sich um einen repräsentativen Anteil der in der EA Rugenbarg behandelten Patient_innen. Da jedoch kein Vergleich der Patient_innendaten mit den Personen-Daten aller Bewohner_innen vorgenommen werden konnte, repräsentiert sie nicht notwendigerweise die Bewohner_innenschaft insgesamt, sondern vielmehr die Inanspruchnahme der First-Line-Sprechstunde. Daher wird in der folgenden Beschreibung der Stichprobe die Bezeichnung Patient_innen der Bezeichnung Bewohner_innen vorgezogen.

Es wurden 2159 (35 %) der dokumentierten Konsultationen ausgewertet, die sich auf 517 Patient_innen verteilten. Von diesen Patient_innen waren 61 % (318) männlich, 36 % (186) weiblich und bei 3 % (13) fehlte eine Geschlechtsangabe. Die häufigsten Länder unter den 19 vertretenen Nationalitäten waren Afghanistan (46 %), Syrien (21,5 %), Irak (11,2 %), Iran (5,4 %) und Eritrea (3,1 %). Eine mögliche Erklärung der Häufung der afghanischen Nationalität ist das Bestreben, durch die bevorzugte Unterbringung von Geflüchteten bestimmter Nationalität in den einzelnen EAs eine möglichst homogene Bewohnerschaft zu erzeugen. Das heißt, die Nationalitätenverteilung in der Stichprobe repräsentiert nicht die Nationalitätenverteilung in der Gesamtheit der nach Hamburg gekommenen Geflüchteten. Eine detaillierte Auflistung der Häufigkeiten der Nationalitäten gibt Tabelle A3 im Anhang. Der Altersdurchschnitt der Patient_innen lag bei 23,77 Jahren (Median: 22) bei einer Altersspanne von 0–70 Jahren. Tabelle 10 gibt die Patient_innenverteilung über die verschiedenen Altersgruppen an.

Tabelle 10: Anteile der Altersgruppen an der Stichprobe nach Geschlecht

Alter	Frauen	%	Männer	%	Gesamt	Gesamt %
0-4	20	10,9	37	11,6	58	11,5
5-14	31	16,8	36	11,3	68	13,4
15-24	50	27,2	110	34,6	164	32,4
25-44	62	33,7	103	32,4	168	33,2
45-64	19	10,3	22	6,9	42	8,3
65-74	2	1,1	4	1,3	6	1,2
Gesamt	184	36,4	318	62,8	506	
Fehlend	2		6		11	

Tab. 10: Es zeigt sich, dass je ein Drittel der Patient_innen den Altersgruppen 15–24 und 25–44 Jahre angehörten. In diesen Gruppen war bei einem Geschlechterverhältnis von nahezu 1:3 der Frauenanteil besonders gering. Ein Viertel der Patient_innen waren Kinder von 0–14 Jahren und nur gut 1 % der Patient_innen waren über 65 J. alt.

5.3 Struktur der Behandlungsepisoden

Von den 517 Patient_innen wurden im Rahmen der insgesamt 2159 Konsultationen 1366 Behandlungsepisoden generiert. Ein_e Patient_in suchte also im Schnitt 4,2-mal die Sprechstunde auf, es entstanden jedoch nur 2,6 Episoden. Das folgende Schema (Abb. 1) veranschaulicht die Episodenlogik anhand eines Beispiels: Episode 1 mit dem Label „Allergisches Ekzem“ erstreckt sich über drei aufeinander folgende Konsultationen. Die Behandlung endet mit einer Überweisung an die Dermatologie. In derselben Konsultation, in der die Diagnose „Allergisches Ekzem“ gestellt wurde, wurde ebenfalls ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert. Diese Erkrankung nimmt einen chronischen Verlauf und es kündigt sich, indem sie in Konsultation 3 nicht thematisiert wird, bereits an, dass typischerweise größere Abstände zwischen den Vorstellungen liegen werden. Diese zweite Episode würde, da die Behandlung niemals abgeschlossen werden kann, theoretisch nie enden, praktisch würde in diesem Falle jedoch die letzte Konsultation im Dokumentationszeitraum ihr Ende markieren. Episode 2 läuft parallel zu allen anderen Episoden. In Episode 3 hingegen liegt eine akute Erkrankung vor, derentwegen es nur zu einer einzelnen Vorstellung kam. Behandlungsbeginn und -ende bzw. Episodenbeginn und -ende liegen also beide in einer Konsultation. Insgesamt wurden in der Stichprobe 944 Episoden generiert, die nach einer Konsultation abgeschlossen waren.

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Behandlungsepisodengenerierung

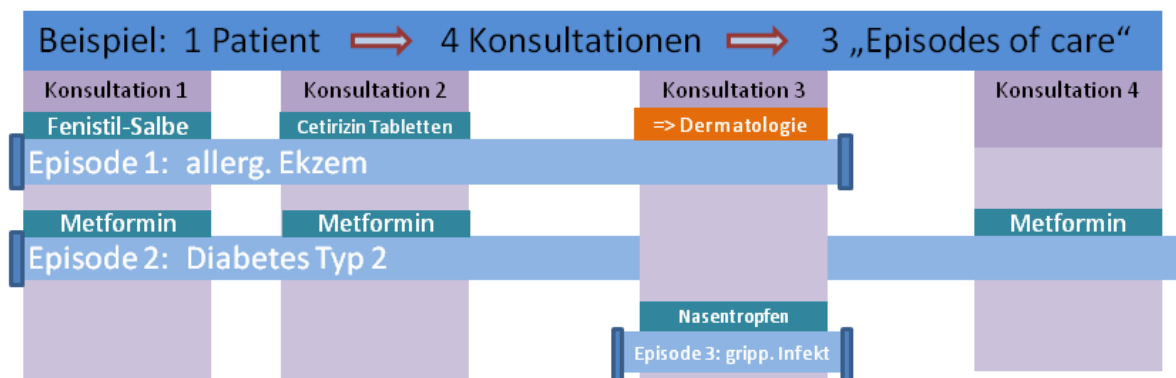


Abb. 1: Dargestellt ist eine durchschnittliche Patient_innenkarriere in der Stichprobe. Sie umfasst 4 Konsultationen (senkrechte lila Blöcke) in chronologischer Reihenfolge, aus denen insgesamt 3 Behandlungsepisoden („Episodes of Care“) mit unterschiedlicher Dauer entstanden (horizontale hellblaue Balken). Zwei davon begannen in Konsultation 1, wovon eine in Konsultation 3 mit einer Weiterleitung an ein anderes Fachgebiet (orangener Balken) und eine nicht während des Beobachtungszeitraums endete. Die dritte Episode begann und endete in Konsultation 3. In Form der türkisen Balken sind die Maßnahmen, die in der jeweiligen Konsultation entsprechend der die Episode definierenden Diagnosen bzw. geschilderten Symptomen ergriffen wurden (z.B. Medikamentenverordnungen) dargestellt.

5.4 Dauer der Behandlungsepisoden

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Episoden nach ihrer Dauer. Es existiert keine einheitliche Definition bzw. es existieren widersprüchliche Definitionen von chronischen Erkrankungen. Für die Einteilung der Behandlungsepisoden nach dem Kriterium, ob eine akute oder chronische Erkrankung behandelt wurde, wurde die von Bernell und Howard (2016) empfohlene, vereinfachte Definition von „chronisch“ herangezogen. Unter „continuing or occurring again and again for a long time“ (so der Wortlaut der Definition) wurden solche Erkrankungen gefasst, deren Behandlung über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen stattfand. 12,9 % (176) der Episoden erstreckten sich über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen. Es ist also davon auszugehen, dass von den Behandelten ein nicht unerheblicher Anteil an chronischen Beschwerden litt. In der Abbildung ist zu erkennen, dass sich eine zweigipflige Verteilungskurve ergibt, die die Aufteilung in kurz andauernde Episoden auf der linken Seite und lang andauernde Episoden auf der rechten Seite veranschaulicht.

Tabelle 11 gibt eine Übersicht über die häufigsten ICPC-Diagnosehauptgruppen und ihren jeweiligen Anteil an kurz und lang andauernden Episoden.

Abbildung 2: Einteilung in kurz und lang andauernde Behandlungsepisoden

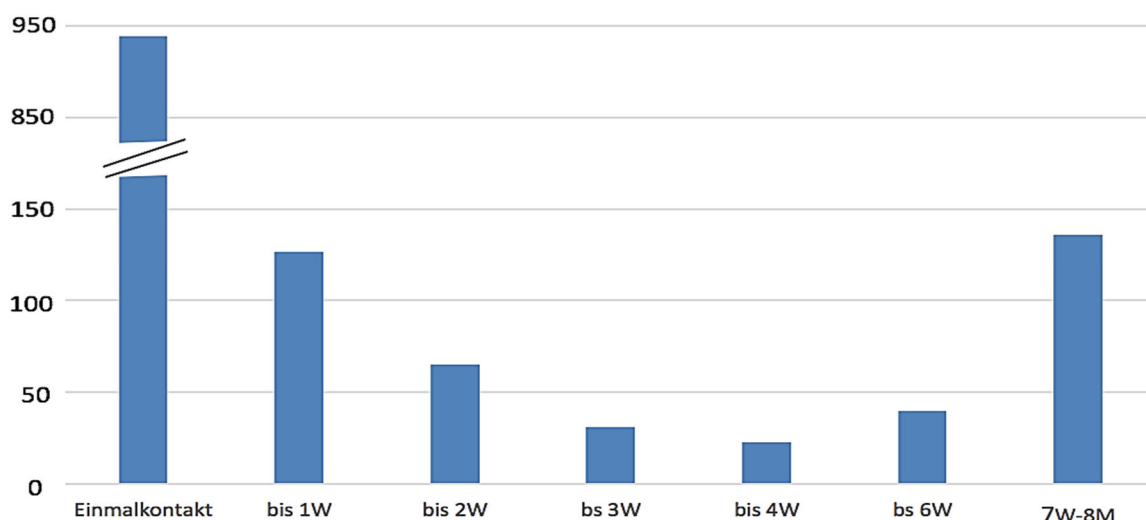


Abb. 2: Neben den Episoden, die nur eine Konultation umfassen (944; 69 %), lassen sich die Episoden nach ihrer Länge bzw. der Behandlungsdauer in Wochen einteilen. Die blauen Balken geben die Anzahl der Episoden an, die in die jeweiligen Zeiträume fallen. Es ergeben sich zwei Häufigkeitsgipfel rechts und links einer Grenze, die bei der Episodenlänge von 4-Wochen liegt. Dies erlaubt eine Einteilung in Episoden, in denen akute Erkrankungen behandelt wurden (1190; 87,1 %), und Episoden, in denen chronische Erkrankungen behandelt wurden (176; 12,9 %), was eine Einschätzung der Häufigkeit chronischer Erkrankungen zulässt.

Tabelle 11: Akute versus chronische Erkrankungen nach Diagnosegruppen

Vergebene Diagnosegruppen	Gesamt (n=1.366)	Episodenlänge bis 4 Wo (n=1190)	Episodenlänge > 4 Wo (n=176)	p
Respiratorisch	31,5%	34,0%	14,2%	<0,001
Verdauung	17,6%	16,3%	26,7%	<0,001
Haut	13,6%	13,4%	15,3%	0,475
Bewegungsapparat	9,9%	9,4%	13,1%	0,129
Auge	5,5%	5,7%	4,0%	0,345
Kreislauf	3,3%	2,9%	6,3%	0,019
Psyche	3,1%	2,4%	8,5%	<0,001
Andere	15,5%	15,9%	11,9%	

Tab. 11: Die beiden linken Spalten zeigen die unter allen Episoden am häufigsten repräsentierten Diagnosegruppen mit ihrem Anteil an allen Diagnosen in Prozent. Bei getrennter Betrachtung ihrer Anteile an zu akuten bzw. chronischen Erkrankungen gehörenden Episoden ergeben sich z. T. signifikante Unterschiede. Bei den Erkrankungen, die die Atmungsorgane betrafen, handelte es sich signifikant häufiger um akut verlaufende (34 %) als um chronische (14,2 %). Der umgekehrte Fall trifft zu für Kreislauf-Erkrankungen (2,9 % vs. 6,3 %), Erkrankungen des Verdauungssystems (16,3 % vs. 26,7 %) und psychische Beschwerden (2,4 % vs. 8,5 %). Bei diesen ergaben sich im X²-Test signifikant häufiger chronische Verläufe.

Die Anzahl der zu chronischen Krankheiten gehörenden Episoden in den verschiedenen Altersgruppen ergab für die Altersgruppen 0–4 Jahre und 15–24 Jahre jeweils einen Anteil von 9 %, für die Gruppe 5–14 Jahre einen Anteil von 7 %, für die Gruppe 25–44 Jahre einen Anteil von 15 %, für die Gruppe 45–64 Jahre einen Anteil von 29

% und für die Über-65-Jährigen einen Anteil von 27 %. Zwischen den Geschlechtern bestand in keiner Altersgruppe ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit chronischer Episoden.

5.5 Beratungsanlässe (Reasons for Encounter)

Für die Analyse der Beratungsanlässe (RfEs) wurde jeweils die erste Konsultation jeder Episode zugrunde gelegt, da 69 % der Episoden nur eine einzige Konsultation umfassten und in der Regel in der Anfangskonsultation die meisten RfEs präsentiert wurden, so dass auf diese Weise weitgehend das vollständige RfE-Spektrum erfasst werden konnte. Pro Anfangskonsultation wurden maximal 5 zu einem Krankheitsbild/Anliegen gehörende Symptome/Beschwerden von den Patient_innen genannt. In den Anfangskonsultationen der 1366 Episoden wurden 247 unterschiedliche RfEs (insgesamt 2079) erhoben. Die beiden häufigsten RfEs waren Hals-/Rachensymptome (ICPC-Code R21) und Husten (R05), die beide zur Oberkategorie R (Atmungsorgane) gehören. Die RfEs waren am häufigsten den Oberkategorien R mit 27 % (569), D (Verdauung) mit 14 % (297), S (Haut) mit 12 % (240) und A (Allgemein und unspezifisch) mit 9 % (184) zuzuordnen. Am seltensten waren mit 0,3 % (7) RfEs, die das männliche Genital betrafen.

Wie bereits in Kapitel 4 geschildert, geben die RfEs das subjektive Beschwerdebild der Patient_innen wieder, das laut den Patient_innen den Grund für die Konsultation darstellte. Die jeweils zu einer Episode gehörenden RfEs gehören weder notwendigerweise alle derselben Organkategorie an noch stimmt die durch die RfEs am stärksten repräsentierte Organkategorie notwendigerweise mit der Kategorie der die Episode definierenden Diagnose überein.

Im Folgenden werden die altersgruppen- und geschlechtsübergreifend am häufigsten präsentierten RfEs in den vier häufigsten Oberkategorien sowie die 15 häufigsten RfEs aus den übrigen Kategorien dargestellt.

Abbildung 3: Die häufigsten RfEs in der Kategorie Atmungsorgane

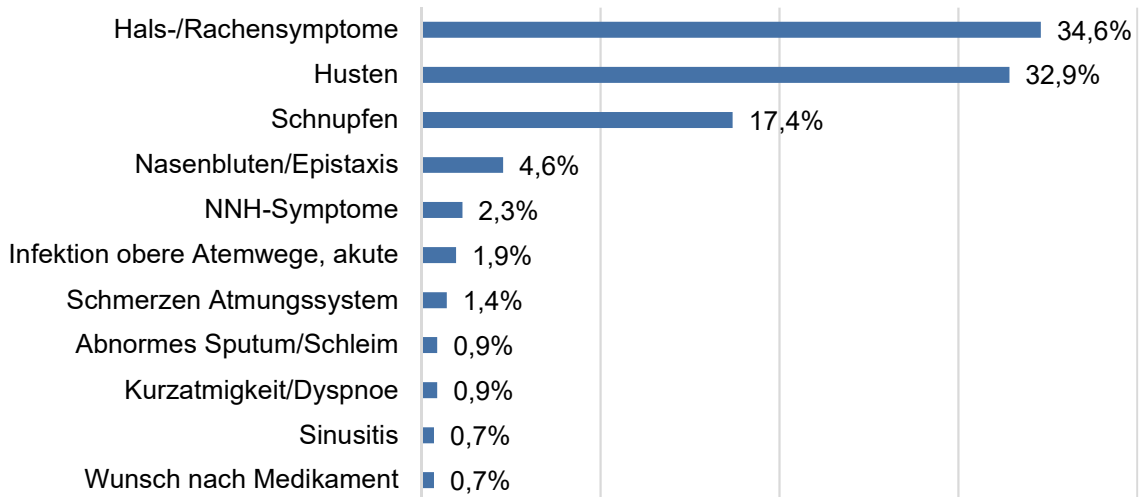


Abb. 3: Es sind in absteigender Reihenfolge die in der Kategorie Atmungsorgane geschlechter- und altersgruppenübergreifend am häufigsten genannten Beratungsanlässe (RfEs) aufgeführt. Sie beziehen sich also auf die gesamte Stichprobe und entsprechen dem subjektiven Beschwerdebild der Patient_innen.

Abbildung 4: Die häufigste RfEs in der Kategorie Verdauungssystem

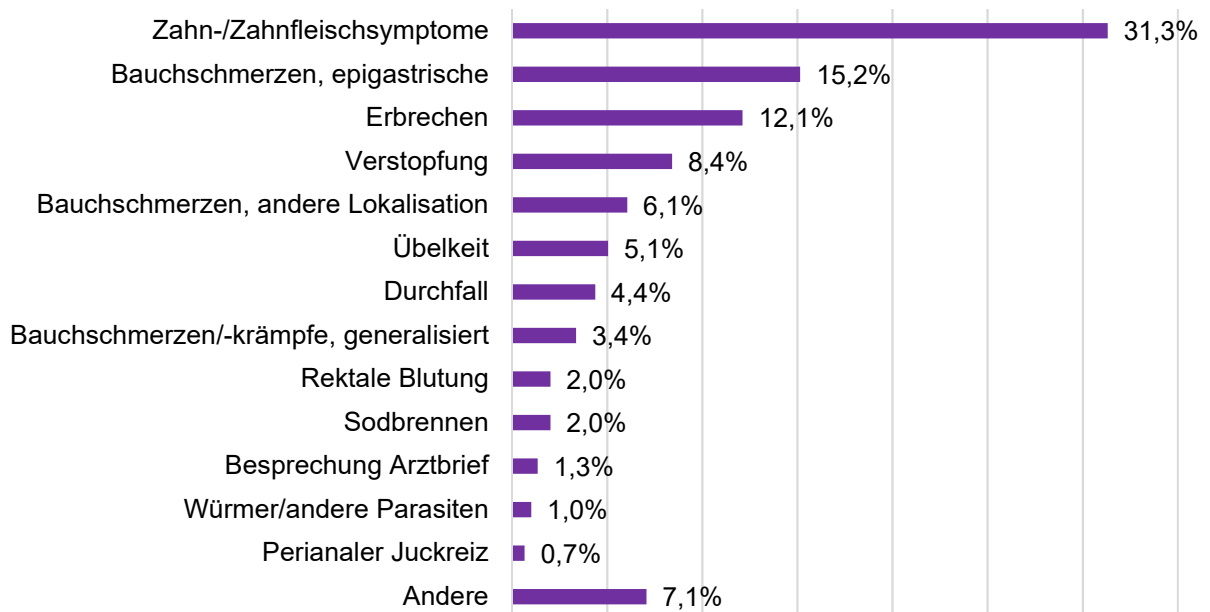


Abb. 4: Es sind in absteigender Reihenfolge die in der Kategorie Verdauungssystem geschlechter- und altersgruppenübergreifend am häufigsten genannten Beratungsanlässe (RfEs) aufgeführt. Sie beziehen sich also auf die gesamte Stichprobe und entsprechen dem subjektiven Beschwerdebild der Patient_innen.

Abbildung 5: Die häufigste RfEs in der Kategorie Haut

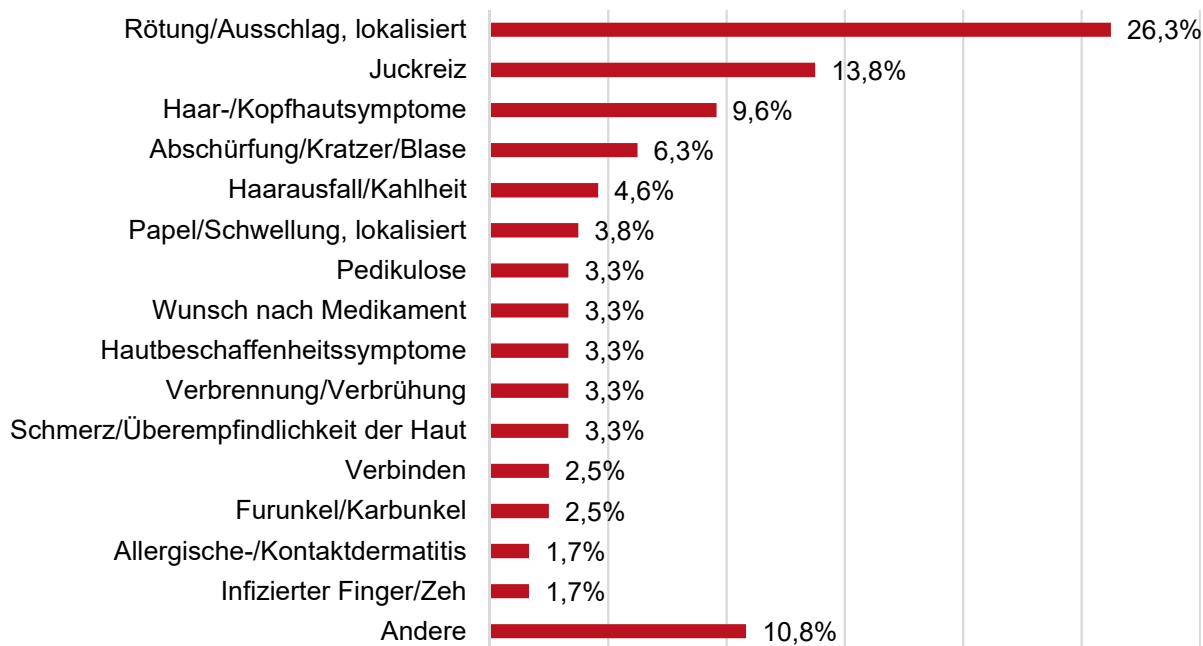


Abb. 5: Es sind in absteigender Reihenfolge die in der Kategorie Haut geschlechter- und altersgruppenübergreifend am häufigsten genannten Beratungsanlässe (RfEs) aufgeführt. Sie beziehen sich also auf die gesamte Stichprobe und entsprechen dem subjektiven Beschwerdebild der Patient_innen. Unter den die Haut betreffenden RfEs war die Notwendigkeit eines Verbandswechsels, welche mit dem Prozeduren-Code S56 codiert wurde, recht häufig (2,5 %). Wundversorgung bzw. Nachsorge nach chirurgischen Eingriffen war also ein relevanter Bestandteil der Versorgung.

Abbildung 6: Die häufigste RfEs in der Kategorie Allgemein und unspezifisch

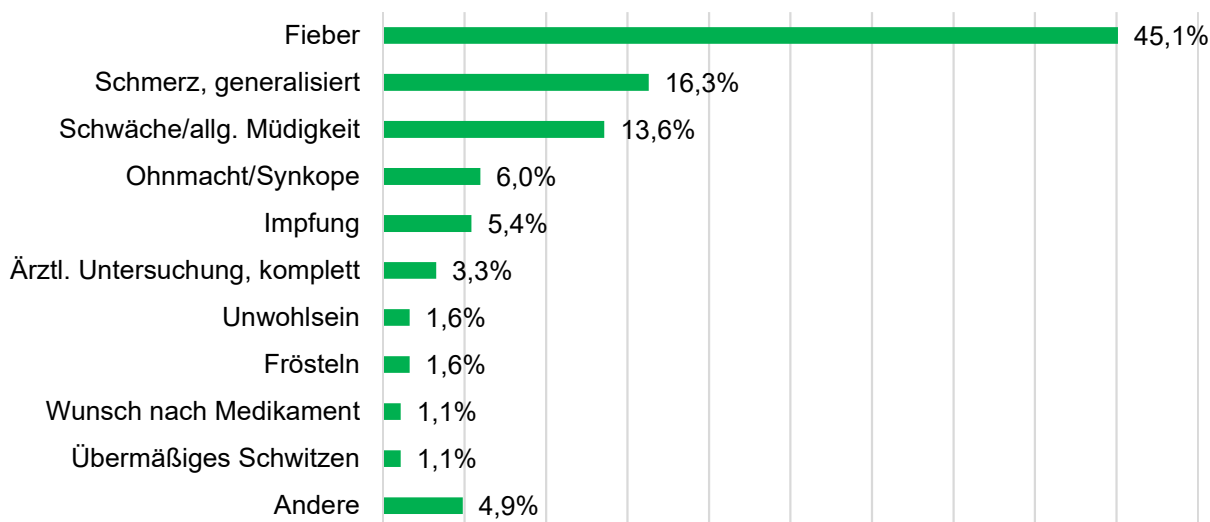


Abb. 6: Es sind in absteigender Reihenfolge die in der Kategorie „Allgemein und unspezifisch“ geschlechter- und altersgruppenübergreifend am häufigsten genannten Beratungsanlässe (RfEs) aufgeführt. Sie beziehen sich also auf die gesamte Stichprobe und entsprechen dem subjektiven Beschwerdebild der Patient_innen. Der Code für „Ärztliche Untersuchung, komplett“ (-30), welcher wie Code -56 (Verband/Kompression/Tamponade) eigentlich ein Prozeduren-Code ist, wurde als RfE der Kategorie A verwendet, wenn die Sprechstunde zur Durchführung einer U-Untersuchung eines Kindes aufgesucht wurde (A30).

Abbildung 7: Die 15 häufigsten RfEs in den übrigen Organkategorien

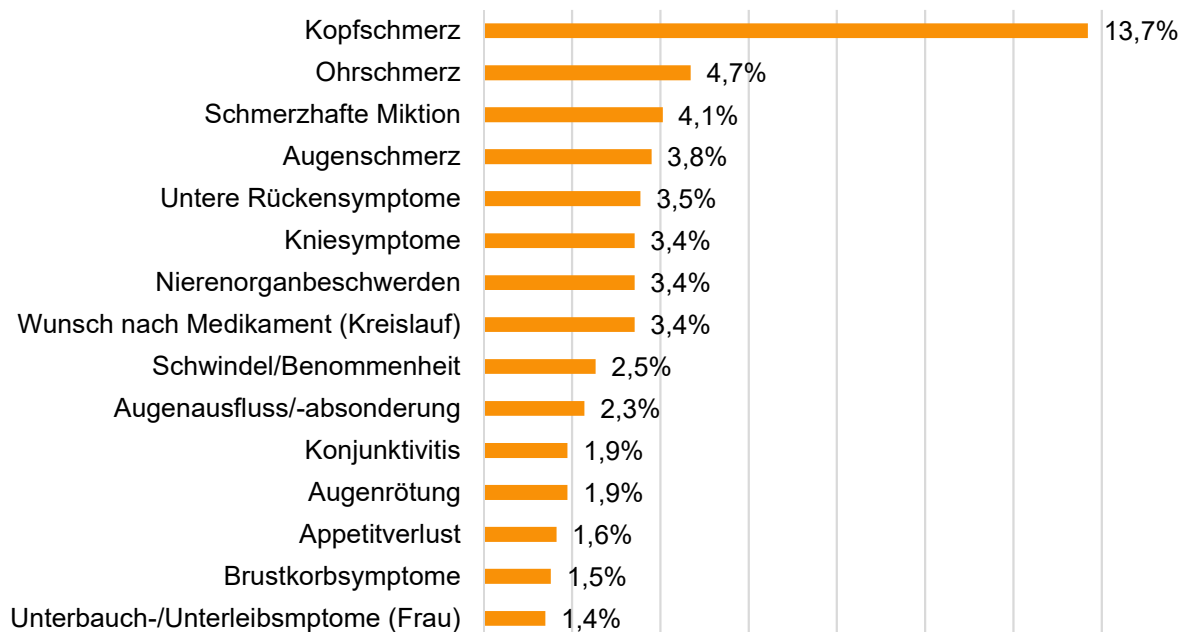


Abb. 7: Es sind in absteigender Reihenfolge die in den übrigen Organkategorien geschlechter- und altersgruppenübergreifend am häufigsten genannten Beratungsanlässe (RfEs) aufgeführt. Sie beziehen sich also auf die gesamte Stichprobe und entsprechen dem subjektiven Beschwerdebild der Patient_innen. Kopfschmerz als unspezifisches Symptom kann bei vielen unterschiedlichen Erkrankungen auftreten bzw. sehr diverse Ursachen haben. Sehr häufig wurden Kopfschmerzen zusätzlich zu den respiratorischen Symptomen bei Erkältungen angegeben.

Übersichten über die 20 häufigsten RfEs, jeweils getrennt betrachtet nach Altersgruppe und Geschlecht, befinden sich als Tabellen A7, A9, A11, A13, A15 und A17 im Anhang. Eine detailliertere Auseinandersetzung mit diesen Ergebnissen erfolgt im Rahmen der Diskussion in Kapitel 6.2.2.

5.6 Diagnosen

Es wurden 236 verschiedene Diagnosen gestellt. Als für die Behandlungsepisode namensgebende bzw. sie definierende Diagnose (Episodentitel) wurde jeweils die Diagnose am Episodenende zugrunde gelegt, da, wie bereits in Kapitel 4 geschildert, die Anfangsdiagnose aufgrund von Untersuchungsergebnissen und/oder Veränderung der Symptomatik im Verlauf der Episode in manchen Fällen nicht mehr die am meisten zutreffende war. Eine Veränderung des Episodentitels war in 9,3 % (127) der Episoden nötig, in 90,7 % (1239) der Episoden veränderte sich die namensgebende Diagnose nicht. Die initial gestellte Diagnose war also fast immer die zutreffendste.

Mit Abstand die häufigste Diagnose war „Infektion obere Atemwege, akute“ (ICPC-Code R74) mit 20,3 % (277) der Episoden. Zweithäufigste Diagnose war „Zahn-/Zahnfleischerkrankung“ (D82) mit 6,4 % (88) der Episoden. Die am häufigsten verwendeten Diagnose-Oberkategorien waren R (Atmungsorgane) mit 32 % (416), S (Haut) mit 14 % (179), L (Bewegungsapparat) mit 10 % (126) und D (Verdauungssystem) mit 9 % (120), exklusive der Diagnosen einer Zahn- oder Zahnfleischerkrankung, welche 8 % (102) aller Diagnosen ausmachten. Würde man die zahnmedizinischen Probleme, die nach der ICPC zur Kategorie D gehören, nicht gesondert aufführen, würde sich für die Kategorie D ein Gesamtanteil von rund 18 % (222) ergeben, womit sie, entsprechend den Kategorien der beiden häufigsten Einzeldiagnosen, die am zweithäufigsten verwendete wäre.

Interessanterweise entsprechen die häufigsten Diagnose-Oberkategorien hinsichtlich der nach ihrem Anteil gebildeten Reihenfolge nicht genau den häufigsten RfE-Oberkategorien. Bei den RfEs steht die Kategorie A (allgemein und unspezifisch) anstatt der Kategorie L an vierter Stelle. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass Fieber und andere unspezifische Symptome aus der Kategorie A sehr häufig vorkamen, jedoch meistens nicht zu einer Diagnose der Kategorie A führten.

Alle Diagnosen der weniger stark vertretenen Kategorien machen zusammengenommen einen Anteil von gut 27 % aus. Aus jeder Oberkategorie wurden mindestens drei Diagnosen vergeben, so dass die Codierungsmöglichkeiten der ICPC in Bezug auf die Oberkategorien im Rahmen der Versorgung der Geflüchteten ausgeschöpft wurden. Es ergibt sich also insgesamt ein breites Spektrum an Diagnosen.

Ein Vergleich der Häufigkeiten, mit denen die verschiedenen Oberkategorien bei weiblichen und männlichen Patient_innen vergeben wurden, ergab signifikante Unterschiede. Erwartungsgemäß betrafen diese die Diagnosegruppen X und Y (weibliches bzw. männliches Genitale) sowie W (Schwangerschaft), welche jeweils nur an ein Geschlecht vergeben wurden. Frauen erhielten zudem signifikant häufiger Diagnosen aus der Kategorie U (Urologisch) sowie der Kategorie B (blutbildende Organe), was durch die größere Häufigkeit von Harnwegsinfekten und Eisenmangelanämien bedingt ist. Psychische Erkrankungen wurden ebenfalls signifikant häufiger bei Frauen diagnostiziert. Nur in einer einzigen nicht-geschlechtsspezifischen Kategorie wurden Diagnosen häufiger bei Männern vergeben. Hierbei handelt es sich um Kategorie R (Atmungsorgane). Allerdings fällt auf, dass der Unterschied nur bei Über-18-Jährigen signifikant ist, nicht jedoch bei Kindern. Erwachsene Männer waren also die Gruppe, die die meisten Episoden der Kategorie R generierte (siehe Tabelle A4 im Anhang).

Psychische Erkrankungen machten gut 3 % aller Diagnosen aus.

Im Folgenden werden die altersgruppen- und geschlechtsübergreifend am häufigsten gestellten Diagnosen in den vier häufigsten Oberkategorien sowie die 15 häufigsten Diagnosen aus den übrigen Kategorien aufgelistet.

Abbildung 8: Die häufigsten Diagnosen in der Kategorie Atmungsorgane

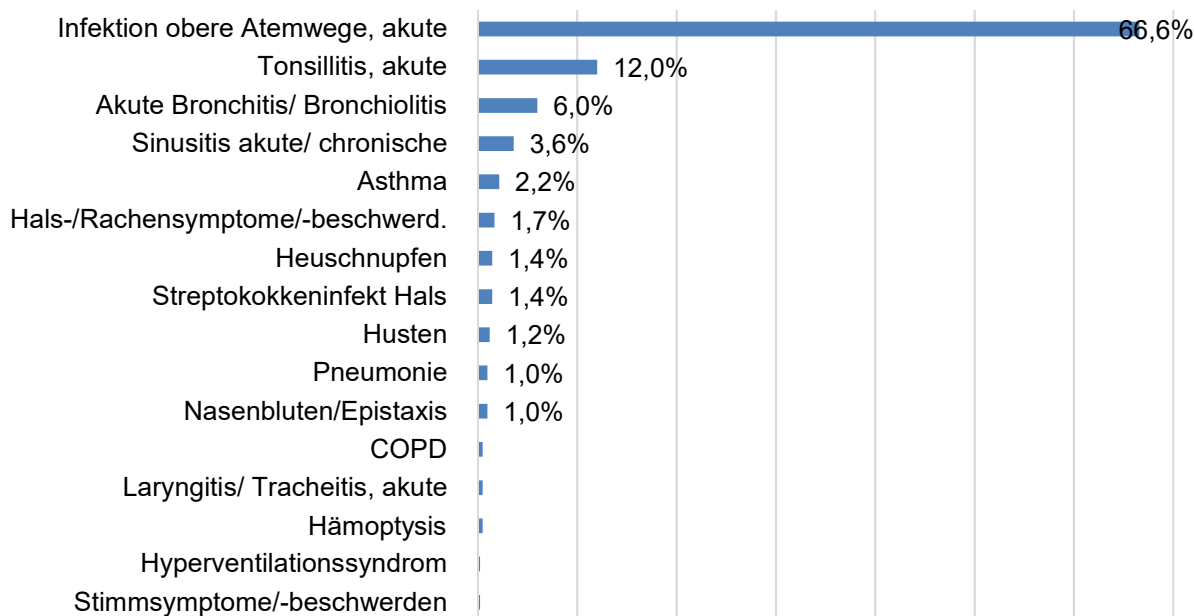


Abb. 8: Es sind in absteigender Reihenfolge die in der Kategorie Atmungsorgane geschlechter- und altersgruppenübergreifend am häufigsten gestellten Diagnosen aufgeführt. Sie beziehen sich also auf die gesamte Stichprobe und definieren jeweils die zugehörige Behandlungsepisode. Es handelte sich überwiegend um Erkältungskrankheiten und eher selten um chronische Beschwerden. Schwerwiegende Infektionskrankheiten kamen kaum vor.

Es wurde in vier Fällen (1 %) eine Pneumonie diagnostiziert und bei einem 22-jährigen männlichen Patienten wurde eine Tuberkulose festgestellt. Zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns in der EA Rugenbarg war diese Infektion jedoch bereits bekannt und eine medikamentöse Behandlung eingeleitet worden. Diese Episode bestand aus drei Konsultationen über einen Zeitraum von zwei Wochen.

Abbildung 9: Die häufigsten Diagnosen in der Kategorie Haut

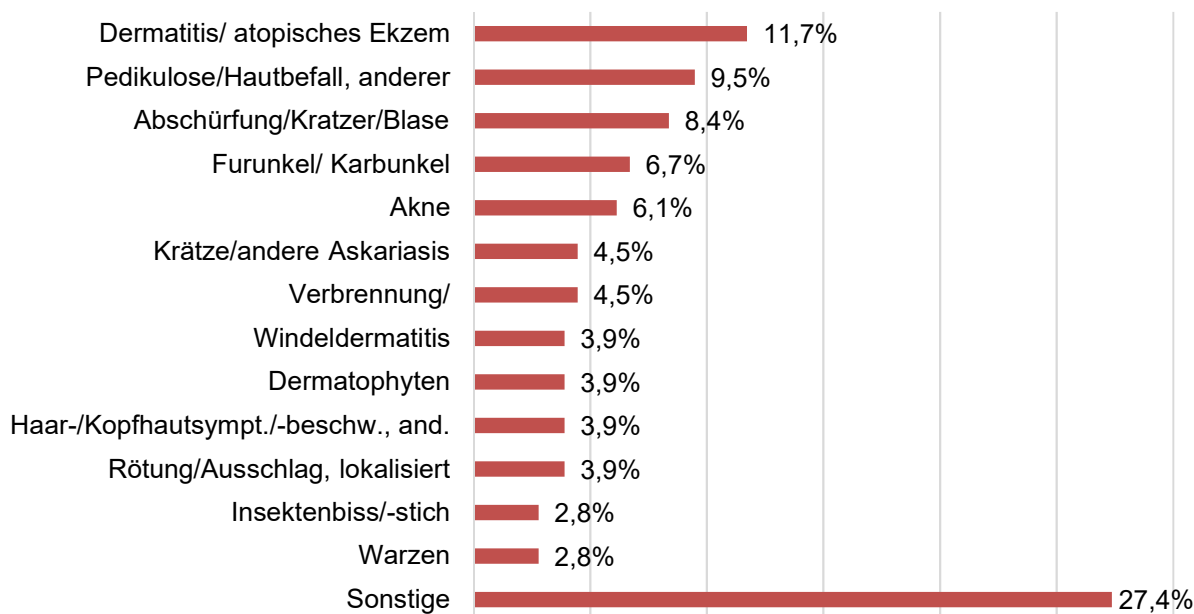


Abb. 9: Es sind in absteigender Reihenfolge die in der Kategorie Haut geschlechter- und altersgruppenübergreifend am häufigsten gestellten Diagnosen aufgeführt. Sie beziehen sich also auf die gesamte Stichprobe und definieren jeweils die zugehörige Behandlungsepisode. In der Kategorie S (Haut) war mit 39 verschiedenen Diagnosen das Diagnosenspektrum am breitesten.

Abbildung 10: Die häufigsten Diagnosen in der Kategorie Bewegungsapparat

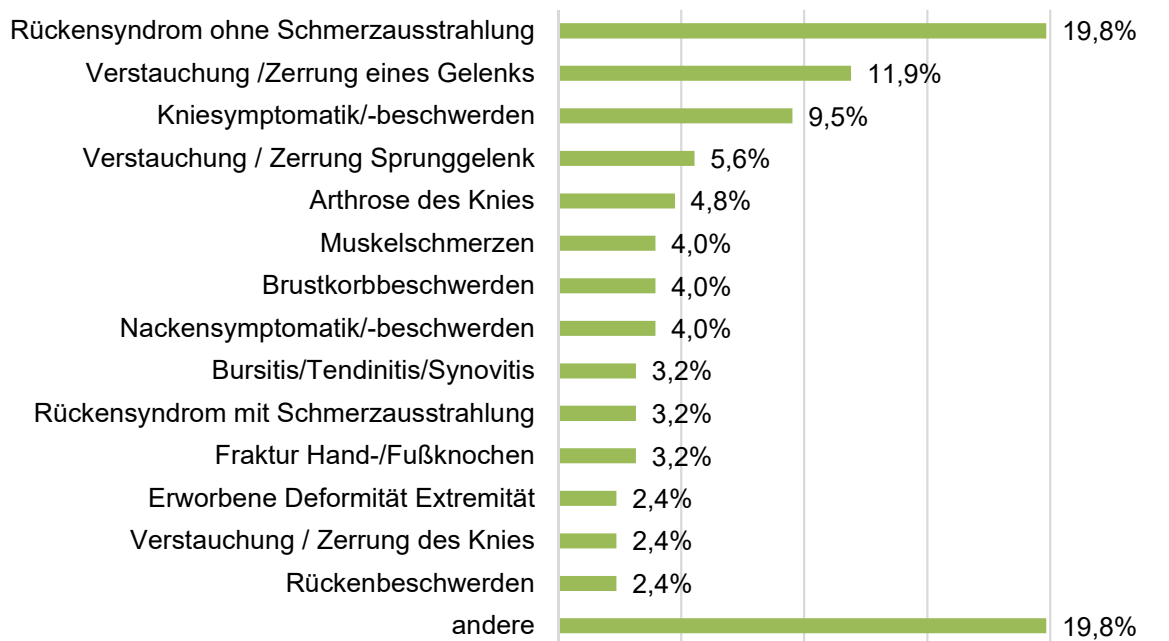


Abb. 10: Es sind in absteigender Reihenfolge die in der Kategorie Bewegungsapparat geschlechter- und altersgruppenübergreifend am häufigsten gestellten Diagnosen aufgeführt. Sie beziehen sich also auf die gesamte Stichprobe und definieren jeweils die zugehörige Behandlungsepisode. In dieser Kategorie wurden die zweitmeisten verschiedenen Diagnosen (34) gestellt. Verletzungen, oft beim Sport, waren häufig.

Abbildung 11: Die häufigsten Diagnosen in der Kategorie Verdauungssystem

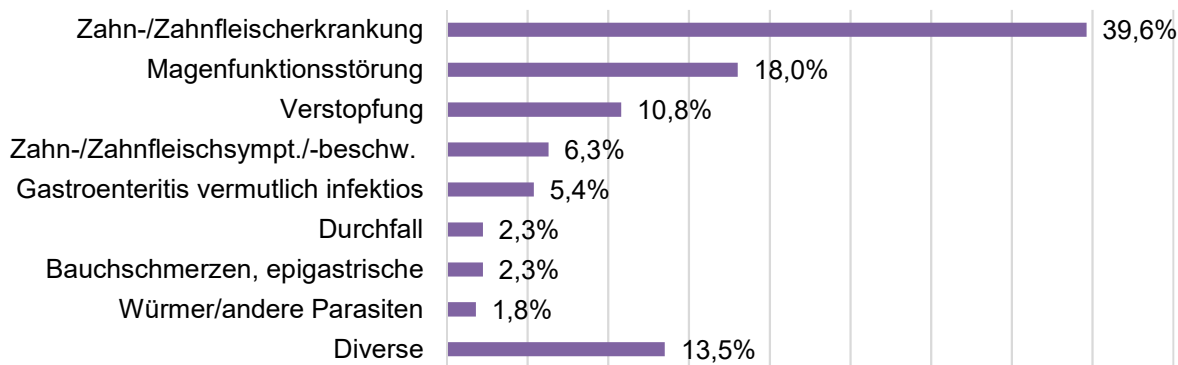


Abb. 11: Es sind in absteigender Reihenfolge die in der Kategorie Verdauungssystem geschlechter- und altersgruppenübergreifend am häufigsten gestellten Diagnosen aufgeführt. Sie beziehen sich also auf die gesamte Stichprobe und definieren jeweils die zugehörige Behandlungsepisode. In dieser Kategorie machten Zahn-/Zahnfleischerkrankungen bzw. -Beschwerden fast die Hälfte (46 %) aller Diagnosen aus.

Abbildung 12: Die 15 häufigsten Diagnosen in den übrigen Organkategorien

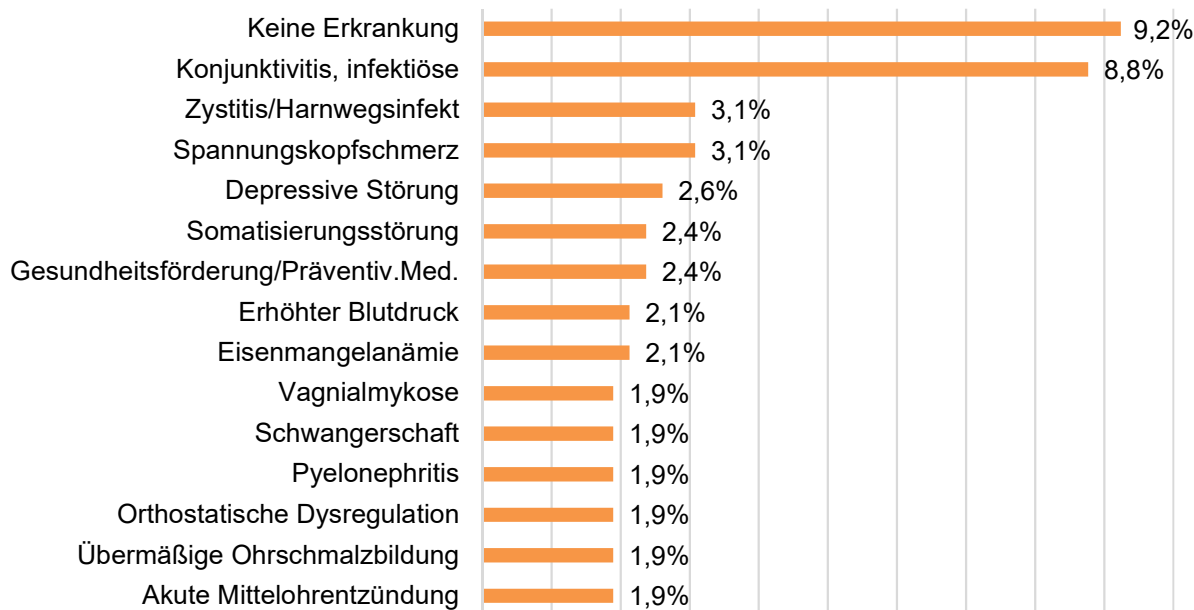


Abb. 12: Es sind in absteigender Reihenfolge die in den übrigen Organkategorien geschlechter- und altersgruppenübergreifend am häufigsten gestellten Diagnosen aufgeführt. Sie beziehen sich also auf die gesamte Stichprobe und definieren jeweils die zugehörige Behandlungsepisode. Unter den Diagnosen aller 13 übrigen Kategorien rangieren depressive und Somatisierungsstörungen bereits auf Platz 5 und 6 mit einem gemeinsamen relativen Anteil von 5 %.

Eine Übersicht über die 20 häufigsten Diagnosen, jeweils getrennt betrachtet nach Altersgruppe und Geschlecht, befindet sich als Tabellen A19, A21, A23, A25, A27 und A29 im Anhang. Eine detailliertere Auseinandersetzung mit diesen Ergebnissen erfolgt im Rahmen der Diskussion in Kapitel 6.2.2.

5.7 Befunderhebung und Prozeduren

Die Auswertung der Codes in der Rubrik O des SOAP-Schemas, welche die Maßnahmen zur Befunderhebung während der Konsultationen angeben, ergab, dass in 94,5 % der Konsultationen eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde, von diesen wurden 0,4 % als „vollständige Untersuchung“ des jeweiligen Organsystems codiert. U-Untersuchungen von Kindern gehören unter anderem dazu. Weitere Maßnahmen waren Elektrokardiogramme in 0,7 % (17), Blutzuckermessungen in 0,5 % (12) sowie Urinuntersuchungen in 4 % (94) der Konsultationen. Bei den Urinuntersuchungen handelte es sich zu 18 % um Schwangerschaftstests.

Die drei häufigsten Prozeduren im Anschluss an die Konsultationen waren die Ausgabe oder (selten) Verschreibung von Medikamenten in 74 %, Beobachtung/Beratung in 10 % und die Weiterleitung an Gebietsfachärzt_innen oder Krankenhäuser in 16 % der Fälle. Spezifische Anordnungen von diagnostischen Maßnahmen wie bildgebenden Verfahren oder Endoskopien, die das Aufsuchen entsprechend ausgestatteter Einrichtungen erforderten, wurden nicht zu den Weiterleitungen gezählt. Zwischen Männern und Frauen bestand kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Häufigkeit der Prozeduren. Abbildung 13 gibt eine Übersicht über die Häufigkeit von Weiterleitungen nach Überweisungsgrund bzw. der betreffenden Organkategorie. Obwohl knapp ein Drittel aller Diagnosen in die Kategorie Atmungsorgane (R) fällt, machten sie lediglich 8 % der Weiterleitungsgründe aus. In zwei Dritteln der R-Episoden lautete die Diagnose „Infektion obere Atemwege, akute“. Erkrankungen mit hohem Komplikationsrisiko und potenziell gefährlichen Verläufen kamen selten vor bzw. konnten zum Teil im primärärztlichen Kontext der First-Line-Sprechstunde ohne Einbeziehung anderer Fachbereiche oder Krankenhäuser behandelt werden. In den nächsthäufigeren Kategorien Haut (S) und Bewegungsapparat (L) hingegen war ein breites Diagnosen-Spektrum vorhanden, was positiv mit der Weiterleitungshäufigkeit korreliert. Offenbar waren bei der großen Vielfalt an Diagnosen häufiger Krankheitsbilder anzutreffen, die einer fachärztlichen Abklärung bzw. externen Behandlung bedurften.

Abbildung 13: Weiterleitungen nach Organkategorie

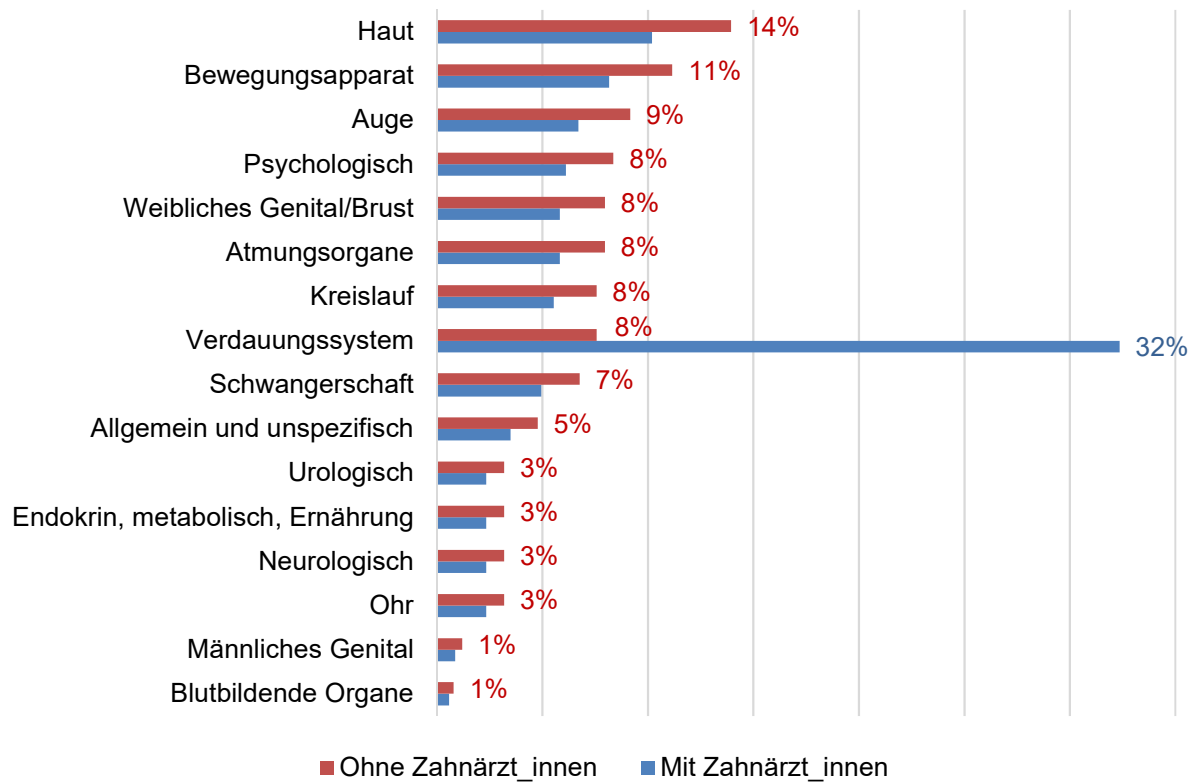


Abb. 13: In 16 % aller Konsultationen erfolgte eine Weiterleitung an Gebietsfachärzt_innen oder Krankenhäuser. Es sind in absteigender Reihenfolge die Weiterleitungsgründe nach Organkategorie aufgeführt. Wird die Weiterleitungshäufigkeit abzüglich der Weiterleitungen zu Zahnärzt_innen berechnet, so ergibt sich ein Anteil von lediglich 12 % an den Prozeduren. Auf ca. 88 % aller Konsultationen folgte also keine Weiterleitung.

6. Diskussion

6.1 Strengths and Limitations

Bei der Literaturrecherche wurden trotz intensiver Suche möglicherweise einige relevante Quellen nicht berücksichtigt, da Qualifikationsarbeiten, Fachzeitschriftenartikel ohne Indexeintrag in den durchsuchten Datenbanken oder Studien mit fehlenden Angaben zum Setting nicht einbezogen wurden.

Mehrere Faktoren, die die Qualität der Codierung beeinträchtigt haben könnten, müssen in Erwägung gezogen werden. Zu nennen ist zum einen die notwendige Einarbeitung der drei Auswertenden in der Anwendung der ICPC. Diesem Problem wurde mit der Nutzung des von den Herausgeber_innen zur Verfügung gestellten Schulungsmaterials, regelmäßigen Besprechungen sowie der in Kapitel 4 beschriebenen Test-Codierung begegnet. Zum anderen könnte der im Vergleich zu den von den diensthabenden Ärzt_innen erlebten Konsultationsgesprächen niedrigere Informationsgehalt in der schriftlichen Dokumentation die Genauigkeit der Codierung beeinflusst haben. In einer deutschen Studie zu möglichen Unterschieden im Codierverhalten verschiedener „Beobachter_innen“ desselben Konsultationsgesprächs (*Interobserver Disagreement*) wurden von den behandelnden Ärzt_innen ausgefüllte Dokumentationsbögen als Grundlage für die ICPC-Codierung, die von Medizindoktorandinnen durchgeführt wurde, verwendet (Fresea et al. 2012). Die retrospektive Codierung auf der Basis schriftlicher Dokumentation, wie sie im Rahmen dieser Untersuchung stattgefunden hat, ist also nicht ohne Beispiel. Die Studie ergab, dass insgesamt eine gute Übereinstimmung erreicht wurde. Somit ist davon auszugehen, dass bei gleicher Codierungsvorlage und vorheriger Aneignung der ICPC-Logik, unabhängig von klinischer Erfahrung, eine relevante Verfälschung der dokumentierten Informationen bei der Codierung nach ICPC unwahrscheinlich ist. Im Rahmen einer früheren Studie mit ähnlicher Fragestellung wurden Video-Aufzeichnungen als Grundlage für die Codierungen genutzt (Émond et al. 1998). Auch hier zeigte sich mit über 70 % ein recht hoher Übereinstimmungsgrad in den Codes (vollständig, nicht nur die Organkategorie), obwohl zu vermuten wäre, dass die zu codierenden Informationen dadurch, dass sie nicht schon schriftlich formuliert vorlagen, noch weniger eindeutig waren. Allerdings wurde weder in diesen beiden noch in einer anderen Studie das Codierverhalten einer während des Konsultationsgesprächs anwesenden Person mit dem Codierverhalten einer Person, der lediglich eine von der anwesenden Person verfasste schriftliche Dokumentation

dieses Konsultationsgesprächs vorlag, verglichen. Der in einem solchen Vergleich erreichte Übereinstimmungsgrad würde am zuverlässigsten eine Aussage darüber zulassen, ob eine retrospektive Codierung schriftlicher Dokumentation grundsätzlich valide Ergebnisse liefert. Festzuhalten ist im Falle der vorliegenden Untersuchung, dass die dokumentierenden Ärzt_innen weder wussten, dass ihre Einträge später nach einem Klassifikationssystem codiert werden würden, welches sie in ihrer klinischen Tätigkeit nicht verwenden, noch ob die Einträge überhaupt ausgewertet werden würden. Daher kann ausgeschlossen werden, dass Rücksicht darauf genommen wurde, möglichst günstige „Codierungs-Bedingungen“ zu schaffen. Gleichzeitig könnte die Tatsache, dass die behandelnden Ärzt_innen nicht das ICPC-Schema und häufige Codes vor Augen hatten, als potenziell günstiger Einfluss auf die Objektivität der Dokumentation und damit auf die Genauigkeit der nachträglichen Abbildung der Konsultationsinhalte in Form von ICPC-Codes betrachtet werden.

Einige sehr kurz gehaltene Einträge ließen nur eine wenig differenzierte Codierung zu. Es war jedoch möglich, in den Fällen, in denen die Einträge in Bezug auf alle Teile des SOAP-Schemas vollständig waren, die Behandlungsverläufe nachvollziehbar zu codieren und somit die einzelnen „Etappen“ auszuwerten. Durchschnittlich am stärksten durch die Verschriftlichung reduziert wurden sicherlich die Informationen aus den Aussagen der Patient_innen zu ihrem subjektiven Beschwerdebild. Bei der Codierung war es nicht oder nur in Fällen, in denen sehr genau dokumentiert wurde, möglich, in den Einträgen die eigenen Formulierungen der Patient_innen zu erkennen und in den RfE-Codes abzubilden. Oft war davon auszugehen, eine korrigierte „Übersetzung“ durch die dokumentierende Person oder möglicherweise gar bereits durch die dolmetschende Person zu lesen. Gerade im Kontext der medizinischen Versorgung von Geflüchteten wäre eine möglichst genaue, ungefilterte Abbildung und Analyse der möglicherweise kulturell bzw. regional beeinflussten Krankheitskonzepte und subjektiven Beschwerden interessant, um ein bestmögliches Verständnis der Bedürfnisse und Anforderungen der Patient_innen an die Versorgung zu erreichen. Dennoch konnte letztendlich, wie an der Vielfalt der verwendeten Codes zu erkennen ist, ein hoher Detailgrad bei der Darstellung der Behandlungsverläufe erreicht werden.

6.1.1 Darstellung von „sozialen Problemen“ in ICPC-Codes

Obwohl die Behandlungsverläufe im Rahmen der Möglichkeiten der ICPC akkurat dargestellt werden konnten und insbesondere mithilfe der Codes der Kategorie Z (Soziale

Probleme) eine nicht-medizinisch-biologische Dimension der primärärztlichen Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation abgebildet werden kann, konnten Gesprächsinhalte, die auf den Kontext der ärztlichen Tätigkeit in einer Geflüchtetenunterkunft zurückzuführen sind bzw. für sie möglicherweise charakteristisch sind, häufig nicht ausreichend genau als Codes dargestellt werden. Diese potenziell für die Beurteilung der Versorgungsqualität und -bedarfe von Geflüchteten relevanten Informationen konnten aus diesem Grunde nicht in die statistische Auswertung einfließen und somit nicht quantifiziert werden. Als Beispiel für einen solchen Informationsverlust kann die Codierung der von einem homosexuellen Mann und einer Trans*frau generierten Episoden herangezogen werden. Beide Patient_innen hatten die Sprechstunde aufgrund psychischer Beschwerden aufgesucht und erhielten ein Medikament (Mirtazapin). Ihre Symptome, die Diagnose(n) sowie das Prozedere konnten genau codiert werden. Dass von beiden ein Zusammenhang der Beschwerden mit ihrer Unterbringungs- bzw. Lebenssituation als Angehörige einer vulnerablen Geflüchtetengruppe hergestellt wurde, konnte jedoch im Rahmen des ICPC-Designs nicht in Codes übersetzt werden. Der männliche Patient gab zudem als weiteren RfE an, verbal und körperlich misshandelt sowie sexuell belästigt worden zu sein. Dies ließ sich problemlos in Codes übersetzen, ebenso die Beratung durch den_die Behandler_in. Nicht übernommen werden konnten die Informationen, dass die Gewalt von anderen Bewohnern aufgrund der sexuellen Orientierung des Patienten gegen ihn ausgeübt und er während des Konsultationsgesprächs über Möglichkeiten, sich Unterstützung zu holen, aufgeklärt wurde. Obgleich nur von zwei der 517 Patient_innen Probleme im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Orientierung bzw. Geschlechtsidentität in Konsultationen thematisiert wurden, ist davon auszugehen, dass die „Dunkelziffer“ weit höher ist. Die Ergebnisse der Untersuchung von Declerck (siehe Declerck 2016, Kapitel 2.2.2) legen nahe, dass Ärzt_innen darauf vorbereitet sein sollten, auf medizinischer Ebene mit den Folgen psychischer und physischer Belastungen besonders vulnerabler Geflüchteter konfrontiert zu werden. Ihre Fähigkeit, darauf angemessen zu reagieren, z. B. indem sie, wie im Fallbeispiel geschehen, Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen, könnte erheblichen Einfluss auf den Behandlungsverlauf haben. Kumar und Kolleg_innen fanden heraus, dass oft gerade kaum dokumentierbare metaklinische Informationen zur eigentlichen Behandlungsentscheidung führten (Kumar et al. 2003).

6.2 Bedeutung der Ergebnisse und Vergleich mit der Literatur

Ein Vergleich der Ergebnisse dieser Untersuchung mit den in Kapitel 2.2.3 zusammengefassten Daten aus der Literatur zum Morbiditätsspektrum Geflüchteter ist nicht unproblematisch. Die Settings und Methoden der sechs Erhebungen (Berlaer et al. 2016; Bozorgmehr et al. 2016 b; Pfortmueller et al. 2016; Hermans et al. 2017; Alberer et al. 2016; Führer et al. 2016) waren sehr unterschiedlich, die Patient_innenzahlen variierten stark und auch die Verteilungen der Herkunftsnationalitäten in den untersuchten Populationen unterschieden sich. Es lassen sich jedoch einige Übereinstimmungen feststellen. Die Gegenüberstellung der demografischen Eigenschaften der Populationen ergab Geschlechterverhältnisse zwischen 1:2 und 1:3 von Frauen zu Männern und Altersmediane von unter 30 Jahren. Die Oberkategorien der häufigsten Diagnosen und (in drei der sechs Quellen angegeben) der häufigsten Symptome/Beschwerden entsprechen einander. Diagnosen und RfEs aus der Kategorie Atmungssystem kamen in allen Quellen am häufigsten vor, allerdings variiert die Reihenfolge der übrigen Kategorien Verdauungssystem, Bewegungsapparat und Haut, die sich mit den in dieser Untersuchung häufigsten (Diagnose-)Oberkategorien decken. Ebenfalls übereinstimmend mit den Ergebnissen dieser Untersuchung waren in der Kategorie Verdauungssystem Zahnbeschwerden sowie Magenfunktionsstörung/Gastritis am häufigsten und in den Kategorien Bewegungsapparat und Haut Verletzungen/Unfallfolgen unter den häufigsten Diagnosen bzw. Symptomkomplexen. Die Ergebnisse zur Häufigkeit psychischer Beschwerden unterscheiden sich am stärksten. Insbesondere die Ergebnisse der Studie von Führer et al. (2016), die Geflüchtete zu ihren Erkrankungen befragten, fallen in Bezug auf diese Kategorie auf. Während der Anteil psychischer Beschwerden an den RfEs bzw. Diagnosen in den anderen Quellen und in dieser Untersuchung zwischen 2 und 15 % schwankt, kam die Studie von Führer et al. Zu dem Ergebnis, dass über 50 % der 217 untersuchten Geflüchteten an für eine Diagnose ausreichenden Symptomen von mindestens einer psychischen Krankheit litten. Hierzu muss angemerkt werden, dass nur in dieser Studie die Befragten systematisch psychologischen Screening-Tests (welche allerdings nicht speziell für Geflüchtete konzipiert waren) unterzogen wurden und dadurch eine vergleichsweise hohe Sensitivität für psychische Erkrankungen hergestellt wurde, wie sie in einem primärärztlichen Setting in einer Großunterkunft nicht erreicht werden konnte. Diese Studienergebnisse bekräftigen die Vermutung einer hohen Rate nicht diagnostizierter psychischer Erkrankungen unter den Geflüchteten in der EA Rugenbarg. Ein detaillierterer Vergleich ist nicht möglich,

da in den Quellen die Diagnosen/RfEs weder als Codes eines geeigneten Klassifikationssystems angegeben wurden noch das Spektrum der Diagnosen/RfEs ähnlich differenziert dargestellt werden konnte. Eine mit der anhand der in der EA Rugenbarg erhobenen Daten durchgeführten Untersuchung in Bezug auf Umfang und Methoden vergleichbare Untersuchung der medizinischen Versorgung Geflüchteter konnte nicht ausfindig gemacht werden.

6.2.1 Modell und Vergleichsdaten: Die CONTENT-Studie

Die folgenden Ergebnisse sind dem CONTENT-Berichtband 2 entnommen (Kühlein et al. 2010). Sie beziehen sich auf eine 3-Jahres-Kontaktgruppe 2006-2009, welche aus 104.065 Patient_innen (59,9 % davon weiblich) besteht. Die Konsultationen fanden in 31 allgemeinmedizinischen Praxen im Umkreis von Heidelberg statt, wovon 23 % im städtischen, 41 % im vorstädtischen und 36 % im ländlichen Raum lagen. Das Durchschnittsalter der Patient_innen lag bei 45,3 Jahren. Dieser Altersdurchschnitt ist knapp doppelt so hoch wie in der vorliegenden Geflüchteten-Stichprobe (23,7 Jahre). Die CONTENT-Ergebnisse werden getrennt nach 7 Altersgruppen ausgegeben (Tabelle 12).

Tabelle 12: Altersverteilung nach Geschlecht in der CONTENT-Stichprobe

Altersgruppe Lebensalter in Jahren 2009	Anteile in Altersgruppe in %		Altersgruppe Lebensalter in Jahren, 2008	Anteile in Altersgruppe in %	
	Männliche Patienten (40,1%)	Weibliche Patienten (59,9%)		CONTENT 3-Jahres- Kontaktgruppe n=104.065 Individuen Anteil in %	Deutschland ¹ n=82,1 Mio. Individuen Anteil in %
bis 4	3,1	2,8	bis 4	3,7	4,1
5–14	8,1	7,3	5–14	7,7	9,4
15–24	11,6	11,6	15–24	11,9	11,4
25–44	26,4	26,9	25–44	27,1	27,3
45–64	28,6	25,9	45–64	26,4	27,3
65–74	12,3	11,1	65–74	11,6	11,8
75 oder älter	9,9	14,2	75 oder älter	11,6	8,6
Gesamt	100,0	100,0	Gesamt	100,0	100,0

¹Quelle: Statistisches Bundesamt

Tab. 12: Der linke Block gibt den Anteil der männlichen und weiblichen Patient_innen insgesamt sowie an den 7 Altersgruppen an. Im rechten Block werden die geschlechterübergreifenden Anteile der CONTENT-Patient_innen der 3-Jahres-Kontaktgruppe an den Altersgruppen mit der Altersverteilung der deutschen Bevölkerung insgesamt verglichen. Beide Blöcke zeigen eine relativ hohe prozentuale Übereinstimmung zwischen den beiden Vergleichsgruppen (Kühlein et al. 2010).

Das mittlere Alter der Geflüchteten-Stichprobe ist im Vergleich zur CONTENT-Gruppe um ca. 20 Jahre vorgezogen. Die Gruppe der 65-74-Jährigen ist prozentual nur etwa halb so stark vertreten, die Gruppe der 0-14-Jährigen ist dafür prozentual ca. 2,5-mal so groß wie in der CONTENT-Gruppe. Bei der Ausgabe der Ergebnisse dieser Untersuchung wurde sich im Sinne einer optimalen Gegenüberstellung an diesen Altersgruppen orientiert, allerdings fällt die Gruppe der Über-75-Jährigen weg, da das Maximalalter in der Geflüchteten-Stichprobe 70 Jahre betrug.

6.2.2 Beratungsanlässe (RfEs)

Bei den vier häufigsten durch die RfEs in der CONTENT-Stichprobe repräsentierten Organkategorien handelt es sich um Kategorie L (Bewegungsapparat), D (Verdauungssystem), S (Haut) und A (Allgemein und unspezifisch). Lediglich die am stärksten vertretene Kategorie ist in der Geflüchteten-Stichprobe eine andere. Dort nimmt Kategorie R (Atmungsorgane) mit knapp 29 % den größten Anteil ein. Beschwerden, die die Atmungsorgane betrafen, führten bei den Geflüchteten relativ gesehen sehr viel häufiger zu einer Vorstellung in der Sprechstunde als Beschwerden des Bewegungsapparates. Ob Atemwegsbeschwerden in der deutschen Allgemeinbevölkerung tatsächlich seltener vorkommen, lässt sich allerdings durch diesen Vergleich nicht beantworten. In der Geflüchteten-Stichprobe ist der Anteil der Kategorie S mit 12 % sogar mit dem Anteil in der CONTENT-Stichprobe identisch. Die vierthäufigste Kategorie A liegt mit 9 % etwas unter ihrem Anteil in der CONTENT-Stichprobe. Abbildung 14 stellt die Daten aus der Geflüchteten-Stichprobe (n RfEs = 1985) den CONTENT-Daten (n RfEs = 121.677) gegenüber. Hierbei wurden Zahn-/Zahnfleischsymptome als RfEs nicht miteinbezogen, da sie das Bild verzerren würden. Sie spielten bei den Geflüchteten als Gesundheitsproblem zwar eine große Rolle und wurden als solches an die Ärzt_innen in der EA herangetragen, ihre Behandlung gehört jedoch weder zu den Aufgaben noch den Kompetenzen von Allgemeinmediziner_innen, so dass die Konsequenz aus zahnmedizinischen RfEs letztlich immer eine Weiterleitung an eine_n Zahnärzt_in war. Die allgemeinmedizinische Sprechstunde vor Ort stellte grundsätzlich die erste Anlaufstelle für die Geflüchteten dar, wohingegen es in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland üblich wäre, bei zahnmedizinischen Anliegen direkt eine_n Zahnärzt_in aufzusuchen.

Abbildung 14: Anteil der Organkategorien an den RfEs

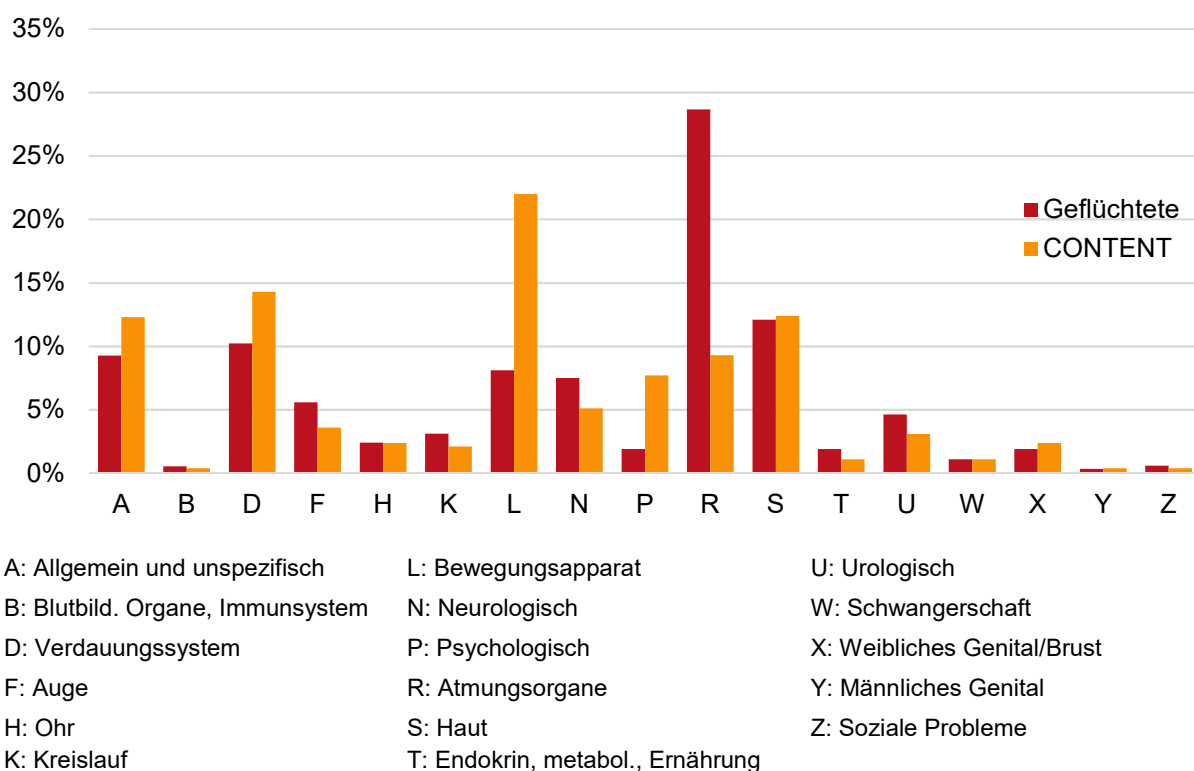
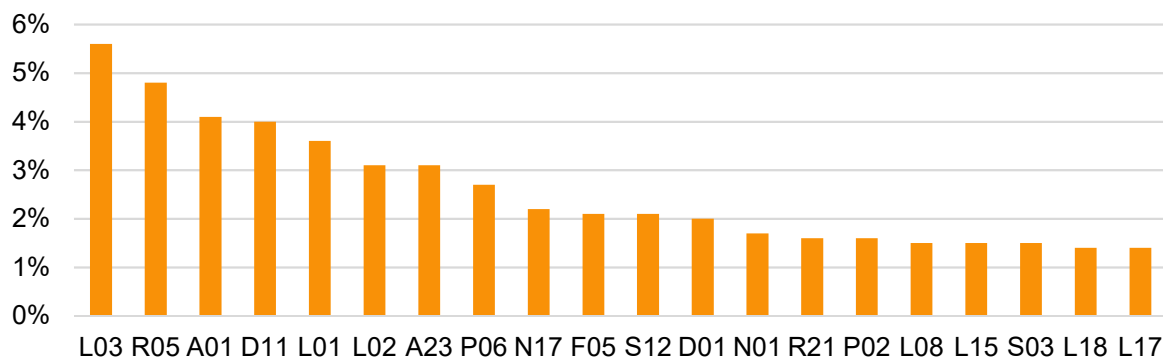


Abb. 14: Es sind die den unterschiedlichen Organkategorien zugeordneten RfEs der Geflüchteten-Stichprobe (n RfEs = 1985) den CONTENT-RfEs (n RfEs = 121.677) (Kühlein et al. 2010) anhand des prozentualen Anteils der jeweiligen Organkategorie an den Gesamt-RfEs gegenübergestellt. Die Legende gibt die den Balken zugehörigen Organkategorien an.

Es ergibt sich insgesamt ein recht ähnliches Verteilungsmuster. Zusätzlich zu den quasi vertauschten Positionen (an erster oder fünfter Stelle) der Kategorien L und R zeigt sich eine deutliche Diskrepanz bei Kategorie P (Psychologisch). Offensichtlich gaben deutsche Patient_innen häufiger psychische Beschwerden als Konsultationsanlass an, was zunächst überraschend wirken mag, da unter den Geflüchteten eine höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen zu erwarten wäre. Allerdings entspricht die Kategorie der RfEs, wie bereits in Kapitel 5 erläutert, nicht notwendigerweise der Kategorie der zugrundeliegenden Erkrankung. Symptome einer psychischen Erkrankung werden von den Geflüchteten möglicherweise anders wahrgenommen und gegenüber den Ärzt_innen formuliert oder eher von körperlichen Symptomen überlagert als es bei der Allgemeinbevölkerung der Fall ist. Es ist zu vermuten, dass in vielen Fällen somatische Beschwerden, welche zu einer somatischen Diagnose führten, eigentlich auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen sind und daher die „Dunkelziffer“ relativ hoch ist. Desweiteren könnten sprachliche Barrieren, die durch das

Videodolmetschsystem nicht vollständig kompensiert werden konnten, gerade in Bezug auf Äußerungen psychischen Beschwerden eine Rolle gespielt haben.

Abbildung 15: Top 20 der RfEs in der CONTENT-Stichprobe

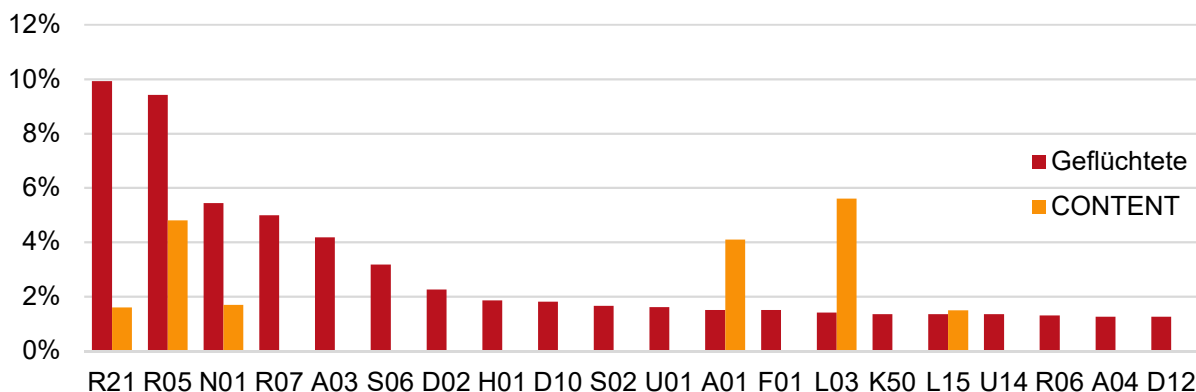


L03: Untere Rückensymptome	S12: Insektenbiss/-stich
R05: Husten	D01: Bauchschmerzen generalisiert
A01: Schmerz generalisiert/mehrere Stellen	N01: Kopfschmerz
D11: Durchfall	R21: Hals-/Rachensymptome
L01: Nackensymptome	P02: Akute Stressreaktion
L02: Rückensymptomem BWS/n.s.	L08: Schultersymptome
A23: Risikofaktoren NNB	L15: Kniesymptome
P06: Schlafstörung	S03: Warzen
N17: Schwindel/Benommenheit	L18: Muskelschmerzen
F05: Sehstörung, andere	L17: Fuß-/Zehensymptome

Abb. 15: Es sind die am häufigsten von den Patient_innen genannten RfEs in absteigender, nicht nach Organkategorie gruppierter Häufigkeit angegeben (nach Kühlein et al. 2010).

Der Vergleich der unabhängig von den Organkategorien häufigsten RfEs beider Stichproben (Abbildung 16) ergab, dass nur sechs RfEs in den Top 20 übereinstimmen. Dennoch entspricht dies immerhin einer Übereinstimmung von 30 % in Bezug auf konkret formulierte Symptome/Beschwerden. Das sich ergebende Bild spiegelt den jeweiligen Häufigkeitsschwerpunkt auf Kategorie R bzw. L wider. Beide Top-20-Listen zeigen ein breites Spektrum an RfEs, was laut Kühlein et al. (2010) für den primärärztlichen Kontext typisch ist.

Abbildung 16: Top 20 der RfEs



R21: Hals-/Rachensymptome

R05: Husten

N01: Kopfschmerz

R07: Schnupfen

A03: Fieber

S06: Rötung/Ausschlag, lokalisiert

D02: Bauchschmerzen, epigastrische

H01: Ohrschmerz

D10: Erbrechen

S02: Juckreiz

U01: Schmerzhaftes Miktion

A01: Schmerz, generalisiert/mehrere Stellen

F01: Augenschmerz

L03: Untere Rückensymptome

K50: Wunsch nach Medikament (Kreislauf)

L15: Kniesymptome

U14: Nierenorganbeschwerden

R06: Nasenbluten/Epistaxis

A04: Schwäche/allgemeine Müdigkeit

D12: Verstopfung

Abb. 16: Es sind die 20 häufigsten RfEs der Geflüchteten-Stichprobe in absteigender Häufigkeit dargestellt. Den RfEs, die ebenfalls unter den CONTENT-Top-20 anzutreffen waren, sind die entsprechenden CONTENT-RfEs (Kühlein et al. 2010) gegenübergestellt.

Für jede der sechs gegenüberstellbaren Altersgruppen wurde nach dem Vorbild der CONTENT-Berichtbände eine Tabelle mit den 20 am häufigsten von Männern und den 20 am häufigsten von Frauen der jeweiligen Altersgruppe geäußerten RfEs erstellt. Für diese Gegenüberstellung werden die RfE-Tabellen aus dem CONTENT-Berichtband 1 (Kühlein et al. 2008) verwendet. Diese beziehen sich auf die Jahreskontaktgruppe 2007, welche aus 49.423 Patient_innen (59,1 % davon weiblich) besteht. Die Gegenüberstellung der RfEs nach Altersgruppe und Geschlecht wird anhand der Tabellen A6–A17 im Anhang durchgeführt. Da die absoluten Zahlen aus der Geflüchteten-Stichprobe durch die Einteilung in sechs Altersgruppen sowie die nach Geschlecht getrennte Auswertung recht klein sind, sind Detail-Aussagen anhand dieses Vergleichs mit Vorsicht zu treffen.

Die Altersgruppe 0–4 unterscheidet sich nicht wesentlich in den beiden Stichproben. Es dominieren respiratorische Symptome und Fieber als RfEs. In der Altersgruppe 5–14 tauchen in beiden Stichproben erstmals RfEs der Kategorie L auf, wobei es sich überwiegend um Unfallfolgen handelt. Unter den Geflüchteten sind diese L-RfEs bei

Jungen häufiger, bei Mädchen rangieren Kopfläuse und Kopfhautsymptome, die weder bei den Jungen noch in der CONTENT-Gruppe in den Top 20 vorkommen, dafür weit oben. In der Geflüchteten-Gruppe lösen die Hals-/Rachensymptome den Husten als häufigsten RfE ab. Warum Kopfläuse bei Mädchen in der EA sehr häufig ein RfE waren, bei Jungen jedoch nicht, könnte u. a. an den besseren Lebensbedingungen für Läuse in langen Haaren liegen. In der Gruppe der 15–24-Jährigen werden in der CONTENT-Stichprobe die unteren Rückensymptome bei Männern zum zweithäufigsten RfE und es kommt bei beiden Geschlechtern die akute Stressreaktion als P-RfE hinzu. Bei Frauen kommen nun auch X- und W-RfEs (u. a. Menstruationsbeschwerden und orale Empfängnisverhütung) vor. Bei den geflüchteten Frauen erscheinen diese Kategorien nicht, dafür jedoch Synkopen. Möglicherweise waren sie Ausdruck von psychischen Stressreaktionen oder gynäkologischen Problemen, die nicht als solche präsentiert wurden, was u. a. kulturelle Gründe haben könnte. Dies ist allerdings spekulativ. In der CONTENT-Gruppe stehen bei Männern in der Altersgruppe 25–44 die unteren Rückensymptome an erster Stelle, bei Frauen weiterhin der Husten. Bei beiden nimmt die Häufigkeit von akuten Stressreaktionen (also die Repräsentation der Kategorie P) zu. In der Geflüchteten-Gruppe veränderten sich die beiden häufigsten RfEs nicht und es kommt nach wie vor kein P-RfE vor. Bei den geflüchteten Frauen kommen erstmals Unterleibsbeschwerden als spezifisch weiblicher RfE vor. Zudem erreichen Kopfschmerzen nun Platz drei, während sie in der CONTENT-Gruppe auf den letzten Plätzen zu finden sind. Auch hierfür gibt es mehrere potenzielle Erklärungen. Zum einen könnten die Geflüchteten es wegen dieses Symptoms häufiger für notwendig erachtet haben, die Sprechstunde aufzusuchen, da sie Schmerzmittel, die die Allgemeinbevölkerung bei Bedarf in der Apotheke kaufen würde, dort ausgehändigt bekamen. Zum anderen können auch Kopfschmerzen als unspezifisches Symptom eine körperliche Manifestation von psychischem Stress darstellen. In der Altersgruppe 45-64 nehmen die L-RfEs in beiden Stichproben zu, jedoch bleibt Husten bei beiden an zweiter bzw. erster Stelle. Es erscheint erstmals ein P-RfE bei den Männern in der Geflüchteten-Gruppe. Bei der Altersgruppe 65-74 kann kaum noch eine Aussage über die Geflüchteten im Vergleich zur CONTENT-Gruppe getroffen werden, da fast alle RfEs aufgrund der geringen Repräsentation dieser Altersgruppe nur einmal vorkamen. Trotz der beschriebenen Unterschiede ist das Spektrum der RfEs in den verschiedenen Altersgruppen in beiden Stichproben in Bezug auf seine Breite und die vertretenen Kategorien ähnlich. Mit zunehmendem Alter sind ähnliche Entwicklungen zu

beobachten, unter anderem die Zunahme von RfEs, die den Bewegungsapparat betreffen, und eher eine Abnahme der RfEs der Kategorie Allgemein und unspezifisch.

6.2.3 Diagnosen

Die vier am häufigsten in der CONTENT-Stichprobe durch die Diagnosen repräsentierten Organkategorien sind R (Atmungsorgane), L (Bewegungsapparat), A (Allgemein und unspezifisch) und K (Kreislauf). Es sind hier also nur noch zwei der bei den RfEs häufigsten Kategorien vertreten (L und A). Kategorie R löste Kategorie L als am häufigsten vertretene ab. Diese Ergebnisse sind im Vergleich zu den Beobachtungen bei der Geflüchteten-Stichprobe auffällig, da die CONTENT-Stichprobe weder RfEs der Kategorie K noch der Kategorie R häufig angab, jedoch Kategorie A auch bei den Diagnosen noch sehr häufig vertreten und ihr Anteil an den Diagnosen sogar noch größer ist als ihr Anteil an den RfEs. Bei den Geflüchteten zeigte sich, dass der Anteil der R-Diagnosen im Vergleich zum Anteil der R-RfEs zunahm, während der Anteil der A-Diagnosen im Vergleich zu den A-RfEs abnahm. Wie bereits in Kapitel 5 angesprochen, legt dies die Vermutung nahe, dass bei den Geflüchteten A-RfEs häufig in Verbindung mit Atemwegserkrankungen standen. Bei der Allgemeinbevölkerung scheint dies nicht der Fall zu sein. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass L-RfEs in Verbindung mit R-Diagnosen standen. Eher kann es sein, wie auch von Kühlein et al. (2010) als mögliche Erklärung genannt wird, dass L-RfEs wie z. B. Beinschmerzen eigentlich Symptome einer arteriellen Verschlusskrankheit und somit einer K-Diagnose waren. Derartige Fälle könnten die relative Abnahme des Anteils der Kategorie L und die relative Zunahme des Anteils der Kategorie K im Vergleich zu den RfEs erklären. Abbildung 17 stellt die Daten aus der Geflüchteten-Stichprobe (n Diagnosen = 1263) den entsprechenden CONTENT-Daten aus Abbildung 17 gegenüber. Zahnmedizinische Diagnosen sind ausgenommen.

Abbildung 17: Anteil der Organkategorien an den Diagnosen

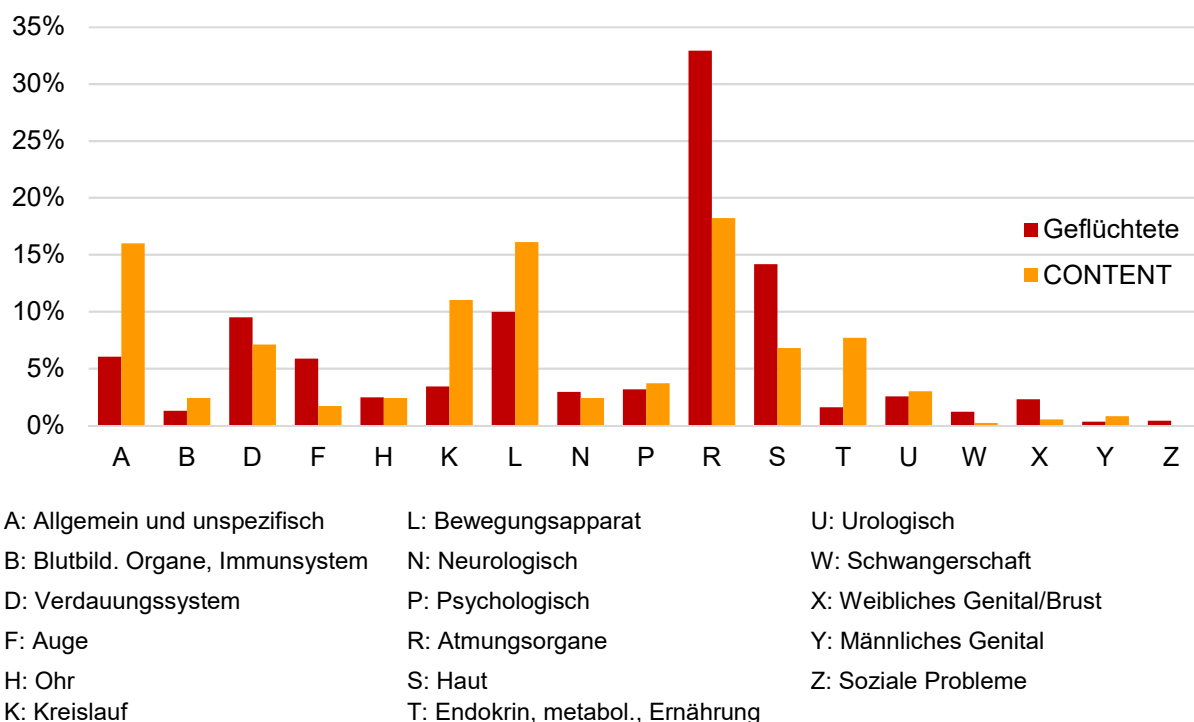


Abb. 17: Es sind die den unterschiedlichen Organkategorien zugeordneten Diagnosen der Geflüchteten-Stichprobe (n Diagnosen = 1263) den CONTENT-Diagnosen (n Diagnosen = 276.683) (Kühlein et al. 2010) anhand des prozentualen Anteils der jeweiligen Organkategorie an den Gesamtdiagnosen gegenübergestellt. Die Legende gibt die den Balken zugehörigen Organkategorien an.

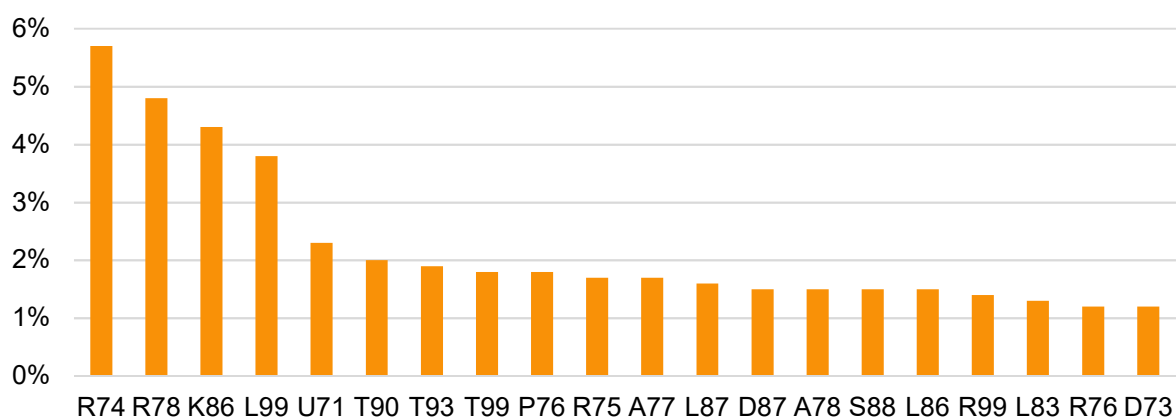
Es fällt auf, dass die große Diskrepanz, die zwischen den beiden Gruppen bei den psychischen RfEs besteht (vgl. Abbildung 14), bei den Diagnosen nicht mehr zu beobachten ist. Dies unterstützt die Vermutung, dass sich hinter nicht-psychischen RfEs, die von den Geflüchteten geschildert wurden, psychische Erkrankungen verbargen, welche anhand des sich ergebenden Gesamtbildes im Rahmen der Befunderhebung diagnostiziert wurden. Aufgrund der großen Patient_innenzahl, der Bewohner_innenfluktuation sowie der wechselnden Betreuung durch verschiedene Ärzt_innen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass für die einzelnen Behandler_innen zum jeweiligen Zeitpunkt eine Einschätzung des psychischen Zustands anhand einer über einen längeren Zeitraum „erlebten Anamnese“ nur schwer möglich war. Die Einordnung der für die betreffende Altersgruppe oft auffällig zahlreichen somatischen Beschwerden einiger Patient_innen in einen Gesamtkontext und ein daraus folgender Verdacht auf eine psychosomatische Störung als mögliche gemeinsame Ursache, ergab sich in einigen Fällen erst während der retrospektiven Sichtung der Dokumentation. Diese Verdachtsfälle blieben jedoch ohne Konsequenz für die Codierung, da stets die von den behandelnden Ärzt_innen vergebenen Diagnosen die Grundlage für die Codierung darstellten. Die tatsächliche Häufigkeit psychischer Erkrankungen könnte also

bedeutend über der Häufigkeit der P-Diagnosen liegen. Tendenziell kann hieraus im Vergleich zur Versorgung der Allgemeinbevölkerung eine größere Verantwortung bzw. Herausforderung für die behandelnden Ärzt_innen abgeleitet werden, psychische Erkrankungen bei Geflüchteten zu erkennen und eine korrekte Behandlung einzuleiten. Die Kategorien D und X (Weibliches Genitale/Brust) kommen im Vergleich zu den RfEs in der Geflüchteten-Stichprobe häufiger vor. Zudem wurden nur bei den Geflüchteten Probleme der Kategorie Z (soziale Probleme) als Diagnosen codiert. In manchen Fällen stellten sich Geflüchtete ohne identifizierbares Gesundheitsproblem ausschließlich aus sozialen Gründen in der Sprechstunde vor, zum Beispiel mit dem Wunsch nach Unterbringung in einem der im Vergleich zur Baumarkthalle attraktiveren Wohncontainer. Dies könnte mit der Wahrnehmung der medizinischen Sprechstunde neben dem Sozialdienst als zusätzliche Beratungsmöglichkeit in allen Angelegenheiten des Lebens in der EA zusammenhängen.

Die Diskrepanzen in den Kategorien F (Auge) und T (Endokrin, metabolisch, Ernährung) sind im Verhältnis zu der Konstellation bei den RfEs deutlich größer geworden. Das Auge bzw. das Sehen betreffende Symptome führten anscheinend bei den Geflüchteten deutlich häufiger auch zur Diagnose einer Augenerkrankung. Der größere Anteil von Stoffwechselerkrankungen an den Diagnosen in der CONTENT-Gruppe passt zu dem kreislauf- und stoffwechselbetonten Morbiditätsspektrum, das durch die 20 häufigsten Diagnosen in dieser Gruppe abgebildet wird.

Die Anteile der Kategorien K und L änderten sich in der CONTENT-Gruppe wie beschrieben offenbar in Abhängigkeit voneinander. Bei den Geflüchteten kamen K-Diagnosen im Verhältnis zu K-RfEs sehr viel seltener vor als in der CONTENT-Gruppe, wohingegen sich die Anteile der L-Diagnosen im Vergleich mit denen der L-RfEs annäherten.

Abbildung 18: Top 20 der Diagnosen in der CONTENT-Stichprobe



R74: Infektion obere Atemwege, akute

R78: Akute Bronchitis/Bronchiolitis

K86: Bluthochdruck, unkomplizierter

L99: Muskuloskeletale Erkrankung

U17: Zystitis/Harnwegsinfekt, anderer

T90 Diabetes mell., primär nicht insulinabh.

T93: Fettstoffwechselstörung

T99: Endokrin./metabol./ernährungsbed. Erkr.

P76: Depressive Störung

R75: Sinusitis, akute/chronische

A77: Virale Erkrankung, andere NNB

L87: Bursitis/Tendinitis/Synovitis/NNB

D87: Magenfunktionsstörung

A78: Infektiöse Erkrankung, andere NNB

S88: Allergische/Kontaktdermatitis

L86: Rückensyndrom mit Schmerzausstrahlung

R99: Atemwegserkrankung, andere

L83: Halswirbelsäulensyndrom

R76: Tonsillitis, akute

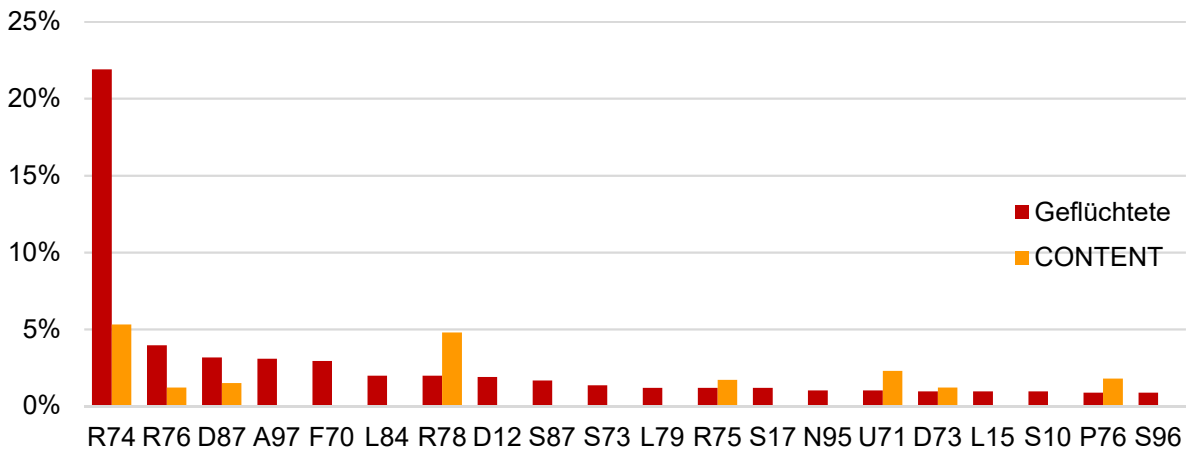
D73: Gastroenteritis, vermutlich infektiös

Abb. 18: Es sind die am häufigsten gestellten Diagnosen in absteigender, nicht nach Organkategorie gruppierter Häufigkeit angegeben (nach Kühlein et al. 2010).

Bei den häufigsten 20 Diagnosen stimmen sogar acht Diagnosen (40 %) überein. Dies entspricht einer um 30 % höheren Übereinstimmung als bei den 20 häufigsten RfEs. Bei der Geflüchteten-Stichprobe dominieren Hauterkrankungen neben Atemwegserkrankungen das Morbiditätsspektrum, insgesamt zeigt sich aber bereits in den Top 20 eine Streuung der Diagnosen über 9 Kategorien. Der Vergleich der Top 20 in beiden Gruppen bestätigt die Beobachtung, dass Ärzt_innen bei der Behandlung von Geflüchteten nicht damit rechnen müssen, häufiger schwerwiegende Infektionskrankheiten anzutreffen. Die geringe Weiterleitungshäufigkeit bei Atemwegserkrankungen unterstützt dies zusätzlich. Die Kategorie R kam zwar häufig vor, das Spektrum der innerhalb dieser Kategorie vergebenen Diagnosen war jedoch schmal. Bei den Hauterkrankungen handelt es sich bei zwei der fünf häufigsten Diagnosen um Symptomdiagnosen. Diese Art Diagnose wurde in Fällen gestellt, in denen die zugrundeliegende Erkrankung nicht identifiziert werden konnte, die Einleitung intensiverer Diagnostik zu diesem Zweck nicht für sinnvoll erachtet wurde oder wenn der ICPC-Katalog keine Möglichkeit bot, die (vermutete) Erkrankung präziser zu codieren. Dies passt zu dem

sehr breiten Spektrum an Hautbeschwerden, das bei den Geflüchteten festgestellt wurde. Es fällt zudem auf, dass Infektionen mit Kopfläusen (9,5 %) und Krätzemilben (4,5 %), wie sie für Massenunterkünfte typisch sind, bei den Geflüchteten sehr häufig waren.

Abbildung 19: Top 20 der Diagnosen



R74: Infektion obere Atemwege, akute

R76: Tonsillitis, akute

D87: Magenfunktionsstörung

A97: Keine Erkrankung

F70: Konjunktivitis, infektiöse

L84: Rückensyndrom ohne Schmerzausstrahlung

R78: Akute Bronchitis/Bronchiolitis

D12: Verstopfung

S87: Dermatitis/atopisches Ekzem

S73: Pedikulose

L79: Verstauchung/Zerrung eines Gelenks

R75: Sinusitis, akute/chronische

S17: Abschürfung/Kratzer/Blase

N95: Spannungskopfschmerz

U71: Zystitis/Harnwegsinfekt, anderer

D73: Gastroenteritis, vermutlich infektiös

L15: Kniesymptome

S10: Furunkel/Karbunkel

P76: Depressive Störung

S96: Akne

Abb. 19: Es sind die 20 häufigsten Diagnosen der Geflüchteten-Stichprobe in absteigender Häufigkeit dargestellt. Den Diagnosen, die ebenfalls unter den CONTENT-Top-20 anzutreffen waren, sind die entsprechenden CONTENT-Diagnosen (Kühlein et al. 2010) gegenübergestellt.

Chronische Erkrankungen wurden kaum diagnostiziert. Der unkomplizierte Bluthochdruck (K86) steht unter den Diagnosen in der CONTENT-Gruppe an dritter Stelle, taucht jedoch nicht in den Top 20 der Geflüchteten auf. Offensichtlich ist die Prävalenz chronischer Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sehr gering, allerdings sind sie auch unter den im Schnitt nur halb so alten Geflüchteten nicht zu negieren. Mit einem Anteil von 0,8 % würde sich z. B. Bluthochdruck als Diagnose direkt an 21. Stelle anschließen. Dies unterstreicht das Ergebnis der Analysen der Episodendauer, dass ein relevanter Anteil der in der EA-Rügenbarg versorgten Patient_innen wegen einer chronischen Erkrankung behandelt wurde. Die in Kapitel 2.2.3

zusammengefassten Ergebnisse der Studie von Pavli & Maltezou (2017) zu *non-communicable diseases* bei Migrant_innen und Geflüchteten weisen darauf hin, dass chronische Erkrankungen zwar insgesamt seltener, in den jeweiligen Altersgruppen relativ gesehen jedoch häufiger vorkommen. Hierzu passen auch die Ergebnisse der in Kapitel 2.2.2.1 beschriebenen Studie von Schneider et al. (2015), die eine zunächst überraschend hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen bei jungen Geflüchteten ergab. Es wurde jedoch bei der Erhebung zumindest nicht explizit zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden unterschieden, so dass die hohe Prävalenz möglicherweise überwiegend durch die Angaben psychisch stark belasteter junger Menschen zustande kam.

Bei der depressiven Störung fällt auf, dass sie, obwohl P-Diagnosen in beiden Gruppen insgesamt nahezu gleich häufig gestellt wurden, bei den Geflüchteten nur halb so oft vorkam wie in der CONTENT-Stichprobe. Die Geflüchteten litten also häufiger auch an anderen psychischen Erkrankungen. Die Somatisierungsstörung wurde mit einem Anteil von 0,8 % an den Diagnosen nach der depressiven Störung am häufigsten diagnostiziert. Interessanterweise wurde die Diagnose „keine Erkrankung“ (A97) von allen Diagnosen am vierthäufigsten vergeben, wohingegen sie in der CONTENT-Stichprobe keine nennenswerte Rolle zu spielen scheint. Zur Diagnose A97 kam es in der Geflüchteten-Stichprobe beispielsweise bei negativen Befunden bzw. Testresultaten, einschließlich negativer Schwangerschaftstests, oder bei Episoden, die lediglich aus einer Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchung ohne pathologischen Befund bestanden. In mindestens 3,1 % bzw. 3,5 % aller Episoden, wenn die sozialen Probleme mit eingerechnet werden, kam es also nicht zur Behandlung einer Erkrankung, aber ggf. zu anderen, nicht-medizinischen Maßnahmen.

Die Gegenüberstellung der Top-20-Diagnosen nach Altersgruppe und Geschlecht wird anhand der Tabellen A18–A29 im Anhang durchgeführt. Die Vergleichsdaten stammen wie die Daten in den Abbildungen 13, 14, 17 und 18 aus der CONTENT-3-Jahres-Kontaktgruppe 2006–2009. In der Altersgruppe 0–4 Jahre bietet sich für beide Stichproben ein ähnliches Bild. Es dominieren Atemwegsinfektionen. Allerdings kommen angeborene Anomalien bei den Geflüchteten nicht in den Top 20 vor, dafür bei Jungen Verhaltensauffälligkeiten und bei Mädchen Harnwegsinfekte. In der CONTENT-Gruppe kamen Hautinfektionen vor, bei den Geflüchteten jedoch nicht. In der Altersgruppe 5–14 bleiben R-Diagnosen am häufigsten, es kommen nun jedoch auch Verletzungen des Bewegungsapparates vor. In beiden Gruppen wurden Läuse diagnostiziert, in der Geflüchtetengruppe allerdings nur bei Mädchen, was sich mit den RfEs

deckt. Bei den geflüchteten Mädchen wurden zudem P-Diagnosen gestellt, bei den Jungen nicht. In der Altersgruppe 15–24 sind weiterhin R-Diagnosen am häufigsten. Es kamen in beiden Stichproben bei beiden Geschlechtern Depressive Störungen vor, bei den geflüchteten Frauen erste Schwangerschaften und gynäkologische Beschwerden sowie Eisenmangelanämien. Letztere wurden auch in der Studie von Pavli & Maltezou (2017) häufiger bei geflüchteten Frauen festgestellt. Bei den 25–44-Jährigen ist zu beobachten, dass R-Diagnosen zwar noch immer dominieren, die L-Diagnosen jedoch deutlich zunehmen. In der CONTENT-Gruppe gibt es erstmals T-Diagnosen (Endokrin, metabolisch, Ernährung), bei Männern auch Bluthochdruck. Bei Frauen nahmen die Depressionen zu. Bei beiden Geschlechtern dieser Gruppe kamen Influenza-infektionen unter den Top 20 vor, bei den Geflüchteten jedoch nicht. Bei den Geflüchteten wurden bei beiden Geschlechtern weiterhin Läuse diagnostiziert. Bei den Frauen traten Somatisierungsstörungen und häufiger Schwangerschaften auf. Die R-Diagnosen werden in der Altersgruppe 45–64 in der CONTENT-Gruppe durch K- und L-Diagnosen von den ersten Positionen verdrängt. Auch die T-Diagnosen nahmen zu, ebenso Depressionen, vor allem bei den Frauen. Die P-Diagnosen wurden auch unter den Geflüchteten bei beiden Geschlechtern häufiger. Außerdem nahmen wie in der CONTENT-Gruppe T- und L-Diagnosen zu, vor allem bei den Männern. Die Diagnosen bei den 65–74-Jährigen schließlich werden in beiden Vergleichsgruppen von K- und T-Diagnosen dominiert.

Auch in Bezug auf die Diagnosen sind die Entwicklungen über die verschiedenen Altersgruppen bei den Geflüchteten denen in der CONTENT-Stichprobe insgesamt ähnlich. Die Tendenz geht von Infektionskrankheiten mit zunehmendem Alter in Richtung chronischer und degenerativer muskuloskelettaler Erkrankungen. Auffallend ist lediglich, dass die akuten Infektionen der oberen Atemwege bei den Geflüchteten deutlicher und länger dominieren. Die bereits beim geschlechts- und altersgruppenübergreifenden Vergleich getroffenen Feststellungen, einschließlich des Vorkommens eines ähnlichen Spektrums chronischer Erkrankungen in den entsprechenden Altersgruppen, wurden durch diese genauere Betrachtung nochmals bestätigt.

6.2.4 Generierung von Behandlungsepisoden

Für die CONTENT-Jahreskontaktgruppe 2007 ist angegeben, wie viele Behandlungsepisoden insgesamt generiert wurden. Aus der Anzahl von 56.289 Behandlungsepisoden ergibt sich, dass ein_e Patient_in im Schnitt nur 1,14 Episoden generierte, was

weniger als der Hälfte der durchschnittlichen Episodenanzahl pro Patient_in der Geflüchteten-Stichprobe entspricht. Wird entsprechend dem Unterschied von 25 % in der Länge der Beobachtungszeiträume die Episodenanzahl, die von den Geflüchteten während eines ganzen Jahres generiert worden wäre, berechnet, sind es durchschnittlich sogar knapp dreimal so viele Episoden. Zahnmedizinische Episoden wurden hierbei nicht mit eingerechnet. Eine mögliche Erklärung wäre, dass die Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger erkrankten. Eine andere Erklärung könnte sein, dass die Allgemeinbevölkerung wegen Erkrankungen, die in beiden Stichproben häufig vorkamen, grundsätzlich seltener eine_n Primärärzt_in aufsucht. Möglicherweise wird also häufig direkt eine_n Gebietsfachärzt_in konsultiert, was dadurch ermöglicht wird, dass es in Deutschland kein „Gatekeeping“-System im eigentlichen Sinne gibt, das eine obligate Erstvorstellung bei eine_r_m Primärmediziner_in erfordert. So könnte beispielsweise die direkte Konsultation von Dermatolog_innen bei Hauterkrankungen der Grund dafür sein, dass S-Diagnosen in der CONTENT-Stichprobe im Vergleich zu den Geflüchteten einen nur knapp halb so großen Anteil hatten. Die sehr große Diskrepanz bei den X-Diagnosen, obwohl der Frauenanteil bei den Geflüchteten nur etwa halb so groß war, deutet ebenfalls darauf hin, dass bei gynäkologischen Problemen von der Allgemeinbevölkerung meistens direkt Fachärzt_innen konsultiert werden. Allerdings spricht die Tatsache, dass über 90 % der gesetzlich Versicherten Hausärzt_innen haben und die Bindung zu diesen in der Regel länger und stärker ist als zu Fachärzt_innen (Kühlein et al. 2010), dafür, dass die vorgesehene Filter- bzw. Gatekeepingfunktion in vielen Fällen erfüllt wird. Eine mögliche zusätzliche Erklärung für die geringere Anzahl an primärärztlichen Episoden, insbesondere in Bezug auf R-Diagnosen, wäre, dass die Allgemeinbevölkerung Symptome von akuten Infekten der oberen Atemwege oder anderen unkomplizierten Erkrankungen häufig selbst behandelt. Die Geflüchteten hingegen erhielten auch freiverkäufliche Medikamente, einschließlich Verbandsmaterial und Salben, von den Ärzt_innen in der EA, wovon abgeleitet werden kann, dass jedes neue akute Gesundheitsproblem, für welches Symptomlinderung gewünscht wurde, auch zu einer neuen Behandlungsepisode führte. Hinzu kommt, dass die Patient_innenklientel in der EA einer großen Fluktuation unterlag, wodurch also im Prinzip das Gegenteil eines von langjährigen Ärzt_innen-Patient_innen-Bindungen mit einem „festen“ Kontingent an Dauerdiagnosen geprägten Praxisalltags vorlag.

6.3 Schlussfolgerung

Die vorliegende Untersuchung ist nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand in Bezug auf die Vorgehensweise und Umfang der Ergebnisse die erste Geflüchteten-spezifische Untersuchung. Die ICPC-Codierung wurde in dieser Form und Ausführlichkeit bisher nicht für die Darstellung der medizinischen Versorgung Geflüchteter angewandt. Neben einem umfassenden und detaillierten Bild von Beratungsanlässen, Befunderhebungen, Diagnosen und Prozeduren lieferte die Behandlungsepisoden-basierte Auswertung Informationen zu weiteren Dimensionen der primärmedizinischen Versorgung, die von entscheidender Bedeutung für die Beurteilung von Behandlungsverläufen und -qualität sind. Die Informationen aus allen Abschnitten einer Behandlungsepisode können beispielsweise über einen zeitlichen Verlauf miteinander in Bezug gesetzt oder Behandlungsepisoden miteinander verglichen werden. Diese Untersuchung kann dementsprechend zur Vermittlung eines besseren epidemiologischen Verständnisses beitragen und eine erste Grundlage für eine Betrachtung der medizinischen Versorgung Geflüchteter unter Aspekten der Qualitätssicherung bieten.

Im Vergleich der erhobenen Daten mit einer für die deutsche Allgemeinbevölkerung repräsentativen Stichprobe konnte gezeigt werden, dass sich die Morbiditätsspektren nicht wesentlich unterscheiden. Der Behandlungsbedarf Geflüchteter entspricht, einschließlich chronischer Erkrankungen, also dem Behandlungsbedarf in der Allgemeinbevölkerung. Die beobachteten Unterschiede in den Diagnosehäufigkeiten sind mit hoher Wahrscheinlichkeit hauptsächlich strukturell sowie demografisch bedingt. Die besondere Anforderung an die in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten tätigen Ärzt_innen ist daher eher die Anpassung an eine größere Patient_innen-Vielfalt und administrative/logistische Gegebenheiten als an andere medizinische Probleme. Es sollten immer ein Bewusstsein für die Relevanz kultursensibler Kommunikation und ausführlicher Dokumentation sowie Sensibilität für eventuelle psychische Traumafolgen geschaffen werden.

Das Konzept einer niedrighschwelliger primärärztlichen First-Line-Sprechstunde in der EA Rugenbarg erwies sich als sehr effektiv im Hinblick auf seine „Gatekeeping“-Funktion bei gleichzeitiger Vermeidung schwerer Krankheitsverläufe, was sich von der monatlichen Inanspruchnahme des Sprechstundenangebots sowie dem Diagnosespektrum ablesen lässt. Die Behandlungsepisoden liefen zu 88 % ohne Weiterleitungen an Gebietsfachärzt_innen unter den in der EA geschaffenen Bedingungen ab. Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass die allermeisten

Gesundheitsprobleme allein von den Primärärzt_innen behandelt werden konnten. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass das Hamburger Versorgungskonzept im Allgemeinen und in seiner in der EA Rugenbarg angewandten Form im Speziellen, ein geeignetes Modell für eine zukünftige Versorgungsplanung für Situationen wie die erlebte sogenannte Flüchtlingskrise darstellt.

7. Zusammenfassung

Hintergrund: Bei der sogenannten Flüchtlingskrise in den Jahren 2015/16 kam es zu einem drastischen Anstieg der Anzahl nach Europa einreisender Geflüchteter. Von allen deutschen Großstädten nahm Hamburg die meisten Menschen auf. Hiermit war und ist die Notwendigkeit der Sicherstellung einer adäquaten medizinischen Versorgung verbunden. Es wurden in Hamburg zu diesem Zweck eine elektronische Gesundheitskarte und First-Line-Sprechstunden in allen Erstaufnahmeeinrichtungen (EAs) eingeführt. Von 11/2015 bis 07/2016 übernahm das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE (IPA) mit Unterstützung eines Videodolmetschsystems die Sprechstunde in der EA Rugenbarg, einer ehemaligen Baumarkthalle mit über 1500 Bewohner_innen. Sämtliche Konsultationen wurden vollständig in einer Datenbank dokumentiert und standen der hier vorliegenden Auswertung zur Verfügung.

Fragestellung: War die primärärztliche First-Line-Versorgung Geflüchteter in einer Hamburger EA sowohl in Bezug auf Patientenklientel, Morbiditätsspektrum und Leistungsgeschehen als auch in Bezug auf das erreichte Versorgungsniveau mit der primärärztlichen Versorgung der Allgemeinbevölkerung vergleichbar? Stellt sie eine mögliche Grundlage für eine zukünftige Versorgungsplanung dar?

Methode: Eine pseudonymisierte repräsentative Stichprobe von 35 % (2159) aller Konsultationen, die von 11/2015 bis 07/2016 in der EA dokumentiert wurden, wurde nach der *International Classification of Primary Care, second edition* (ICPC-2) in Konsultationsanlässe, Diagnosen und Prozeduren codiert, woraus Behandlungsepisoden gebildet wurden. Zur statistischen Auswertung wurde IBM®SPSS® verwendet.

Ergebnisse: Es handelt sich bei den Patient_innen um eine sehr junge (Ø 24 J.), überwiegend männliche (63 %) Gruppe. Die Diagnosen betrafen am häufigsten Atmungsorgane (32 %), Haut (14 %), Bewegungsapparat (10 %) und Verdauungssystem (9 %). Morbiditätsspektrum und qualitative Behandlungsbedarfe entsprechen insgesamt denen der deutschen Allgemeinbevölkerung. Unterschiede bestanden vor allem bei den altersbedingten Häufigkeiten von Konsultationsanlässen und Diagnosen. In 13 % der Behandlungsepisoden wurden Erkrankungen über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen behandelt. 88 % aller Behandlungsepisoden nahmen günstige Verläufe ohne Weiterleitungen.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse dieser Untersuchung ermöglichen ein besseres epidemiologisches Verständnis und bieten eine erste Grundlage für die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung Geflüchteter. Eine besondere Anforderung an Ärzt_innen ist die Anpassung an eine größere Patient_innen-Vielfalt und administrative Gegebenheiten. Das untersuchte Konzept einer primärärztlichen First-Line-Sprechstunde erwies sich als effektiv und stellt ein geeignetes Modell für eine zukünftige Versorgungsplanung dar.

8. Literaturverzeichnis

Alberer M, Wendeborn M, Löscher T, Seilmaier M (2016). Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern. Dtsch Med Wochenschr 141: e8-e15.

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. Medizinische Versorgung in den Erstaufnahme-Einrichtungen (EA) (<http://www.hamburg.de/gesundheit-fluechtlinge/4588046/medizinische-versorgung-zea/>, besucht am 04.10.2017 a).

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. Ausgaben für die Unterbringung und Integration von Flüchtlingen (<http://www.hamburg.de/fluechtlinge-daten-fakten/8453782/kosten/>, besucht am 04.10.2017 b).

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. Daten zur Zuwanderung (<http://www.hamburg.de/fluechtlinge-daten-fakten/>, besucht am 04.10.2017 c).

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. Flüchtlinge - Fragen und Antworten (http://www.hamburg.de/fluechtlinge-fragen-antworten/#anker_0, besucht am 04.10.2017 d).

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Gesundheitsinformationen für Geflüchtete (<http://www.hamburg.de/content-blob/5198850/ed24c1d65e7c792aba70ac5fde2e99ce/data/information-was-tun-wenn-ich-krank-bin.pdf>, besucht am 04.10.2017).

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen (<http://www.hamburg.de/gesundheit-fluechtlinge/4588350/medizinische-versorgung-hintergrund/>, besucht am 04.10.2017).

Bernell S, Howard SW (2016). Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease?. Front Public Health 4: 159.

Bozorgmehr K, Goosen S, Mohsenpour A, Kuehne A, Razum O, Kunst A (2017). How Do Countries' Health Information Systems Perform in Assessing Asylum Seekers' Health Situation? Developing a Health Information Assessment Tool on Asylum Seekers (HIATUS) and Piloting It in Two European Countries. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 14: 894.

Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss H, Razum O (2016 a). Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden - Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. *Bundesgesundheitsbl* 59: 545-555.

Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D, Stock C, Loerbroks A, Joos S, Schneider C (2016 b). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsbl* 59: 599–620.

Bundeszentrale für Politische Bildung. Erklärungsmodelle zu Migration und Gesundheit (2009) (<http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/57308/erklarungsmodelle?p=all>, besucht am 05.04.2018).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Aktuelle Zahlen zu Asyl 04/2016 (<http://www.bamf.de/DE/Infothek/Statistiken/Asylzahlen/AktuelleZahlen/aktuelle-zahlen-asyl-node.html>, besucht am 04.10.2017).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Aktuelle Zahlen zu Asyl 08/2017 a (<http://www.bamf.de/DE/Infothek/Statistiken/Asylzahlen/AktuelleZahlen/aktuelle-zahlen-asyl-node.html>, besucht am 04.10.2017).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Erstverteilung der Asylsuchenden, Stand 01/2017 b (<http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/Erstverteilung/erstverteilung-node.html>, besucht am 05.10.2017).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Aktuelle Zahlen zu Asyl 09/2017 c (http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-september-2017.pdf?__blob=publicationFile, besucht am 17.10.2017).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Asylbewerberleistungsgesetz (<http://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/>, besucht am 04.10.2017).

Cloninger C (1990). Comorbidity of anxiety and depression. *J Clin Psychopharmacol.* 10, suppl 3: 43-46.

Declerck E (2016). When the battle continues - The (lack of) protection of LGBT* asylum-seekers in the EU asylum system. Queen's University Belfast European Master's Degree in Human Rights and Democratisation.

DEGAM (2011). Transfertabelle ICPC-2 => ICD-10-GM Version 2011 (https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Versorgungsaufgaben/CodA_3.0.pdf, besucht am 30.06.2018)

Egidi G, Denzin S, Diederichs-Egidi H, Eckert M, Difflipp-Eppele M, Husemann J, Kreszis S, Piest B, Papke A, Popert U (2017). Medizinische Versorgung von Flüchtlingen – was ist für die Hausarztpraxis wichtig? Teil 2: Mit welchen Erkrankungen muss gerechnet werden? *Z Allg Med* 92: 7-8.

Ehelse.no (2018). ICPC-2 – English Version (<https://ehelse.no/icpc-2e-english-version>, besucht am 30.06.2018).

Emond J-G, Cauchon M, Ouellet J, Beaulieu M-D, Brailovsky C A, Leduc Y (1998). Concordance inter-observateurs des diagnostics posés selon la classification CISP - A l'aide de situations cliniques réelles en médecine familiale. *Can Fam Physician* 44: 2128-2133.

Flüchtlingszentrum Hamburg. Evaluationsbericht Clearingstelle zur medizinischen Versorgung von Ausländerinnen und Ausländern 2016 (<http://www.hamburg.de/contentblob/9135074/3327010c5a84646b7db65919fbb6ec2e/data/evaluationsbericht-clearingstelle-2016.pdf>, besucht am 04.10.2017).

Fölsch U R, Hasenfuß G, Spies H-F, Wesiack W, Faulbaum F (2016). Flucht und Migration – Eine Herausforderung für die Medizin in Deutschland. *Internist* 57: 822-830.

Fresea T, Herrmann K, Bungert-Kahl P, Sandholzer H. Inter-rater reliability of the ICPC-2 in a German general practice setting (2012). *Swiss Med Wkly* 142: w13621.

Führer A, Eichner F, Stang A (2016). Morbidity of asylum seekers in a medium-sized German city. *Eur J Epidemiol* 31: 703-706.

Hamburger Abendblatt (24.04.2016). Ärzte können nun Dolmetscher per Videochat zuschalten (<https://www.abendblatt.de/hamburg/altona/osdorf/article207463327/Aerzte-koennen-nun-Dolmetscher-per-Videochat-zuschalten.html>, besucht am 04.12.2017).

Hermans M P J, Kooistra J, Cannegieter S C, Rosendaal F R, Mook-Kanamori D O, Nemeth B (2017). Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece. *Eur J Epidemiol*. DOI 10.1007/s10654-017-0269-4.

Kahl F, Frewer A (2017). Medizinische Versorgung von neu angekommenen Asylsuchenden in Erlangen: Eine Studie zum Medikamenteneinsatz mit besonderem Blick auf Psychopharmaka. *Psychother Psych Med* 67: 119-125.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015). Ab Januar eGK auch für Flüchtlinge (http://www.kbv.de/html/1150_20097.php, besucht am 10.10.2017).

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg. Anlage 1 zum KVH-Telegramm vom 14. August 2015 (http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2015/08/671/telegramm_31_2015_sondertelegramm_auszug.pdf, besucht am 10.10.2017).

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg. Flüchtlinge in Hamburg: Ärzte und Psychotherapeuten helfen! (<http://www.kvhh.net/kvhh/pages/index/p/995>, besucht am 10.10.2017).

Koitzsch Jensen N, Norredam M, Priebe S, Krasnik A (2013). How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Family Practice* 14: 17.

Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J (2008). Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis - Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. Urban & Vogel GmbH, München.

Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J (2010). Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis - Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006–2009. Urban & Vogel GmbH, München.

Kumar S, Little P, Britten N (2003). Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study. *BMJ* 326: 138.

Lamberts H, Wood M (2002). The birth of the International Classification of Primary Care (ICPC) Serendipity at the border of Lac Léman. *Family Practice* 19 (5): 433-435.

MIPEX (<http://www.mipex.eu/health>, besucht am 10.10.2017).

Mohammadzadeh Z, Jung F, Lelgemann M (2016). Gesundheit für Flüchtlinge – das Bremer Modell. *Bundesgesundheitsbl* 59: 561-569.

Pavli A, Maltezou H (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal of Travel Medicine*: 1-8.

Pfortmueller C A, Schwetlick M, Mueller T, Lehmann B, Exadaktylos A K (2016). Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems? *PLoS ONE* 11(2): e0148196.

Razum O (2016). Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: The example of Germany. *Global Social Policy* 16(3): 321-324.

Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016). Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Gesundheitswesen* 78: 711-714.

Refugee First Response Center (www.refugeefirstresponsecenter.com, besucht am 04.12.2017).

Robert-Koch-Institut. Management von Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende – Hinweise für den ÖGD, Stand 10/2015 (http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Management_Ausbrueche.pdf?__blob=publicationFile, besucht am 04.10.2017).

SAVD Videodolmetschen GmbH (www.videodolmetschen.com, besucht am 04.12.2017).

Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K (2015). Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study. *BMJ Open* 5: e008784.

Sozialgesetzbuch V (<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/295.html>, besucht am 14.12.2017).

Spura A, Kleinke M, Robra B, Ladebeck N (2017). Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsbl* 60: 462–470.

Tinnemann P, Gundlach F, Nitschke H, Bunte A, Teichert U (2016). Medizinische Versorgung von Flüchtlingen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst: Allzeit bereit – nur wie lange noch? *Gesundheitswesen* 78: 195–199.

UNHCR Glossar (<http://reporting.unhcr.org/glossary>, besucht am 02.10.2017).

UNHCR Report 2016 (http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/gr2016/pdf/Book_GR_2016_ENGLISH_complete.pdf, besucht am 04.10.2017).

Van Berlaer G, Bohle Carbonell F, Manantsoa S (2016). A refugee camp in the centre of Europe: clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels. *BMJ Open* 6: e013963.

Weed L (1964). Medical records, patient care, and medical education. *Irish Journal of Medical Science* 39 (6): 271–282.

9. Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BASFI	Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg
BGV	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
BIS	Behörde für Inneres und Sport Hamburg
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BPB	Bundeszentrale für Politische Bildung
CONTENT	Continuous Morbidity Registration Epidemiologic Network
COPD	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EA	Erstaufnahmeeinrichtung
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
HIS	Health Information System
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
ICD	International Classification of Diseases
ICPC	International Classification of Primary Care
IPA	Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des UKE
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVHH	Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
LGBT*	Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*

MIPEX	Migrant Integration Policy Index
NNH	Nasennebenhöhlen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
Pat-ID	Patient_innen-Nummer
POMR	Patient-oriented Medical Record
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörung
RfE	Reason for Encounter
RFRC	Refugee First Response Center
SD	Standard Deviation
SGB	Sozialgesetzbuch
SOAP	Subjective – Objective – Assessment – Plan (Dokumentationsschema)
STIKO	Ständige Impfkommission
TB(C)	Tuberkulose
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World Health Organization
WICC	WONCA International Classification Committee
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
ZEA	Zentrale Erstaufnahmeeinrichtung

10. Anhang

10.1 Abbildungen

Abbildung A1: Hauptherkunftsländer im Zeitraum Januar – April 2016

Gesamtzahl der Erstanträge: 240.126

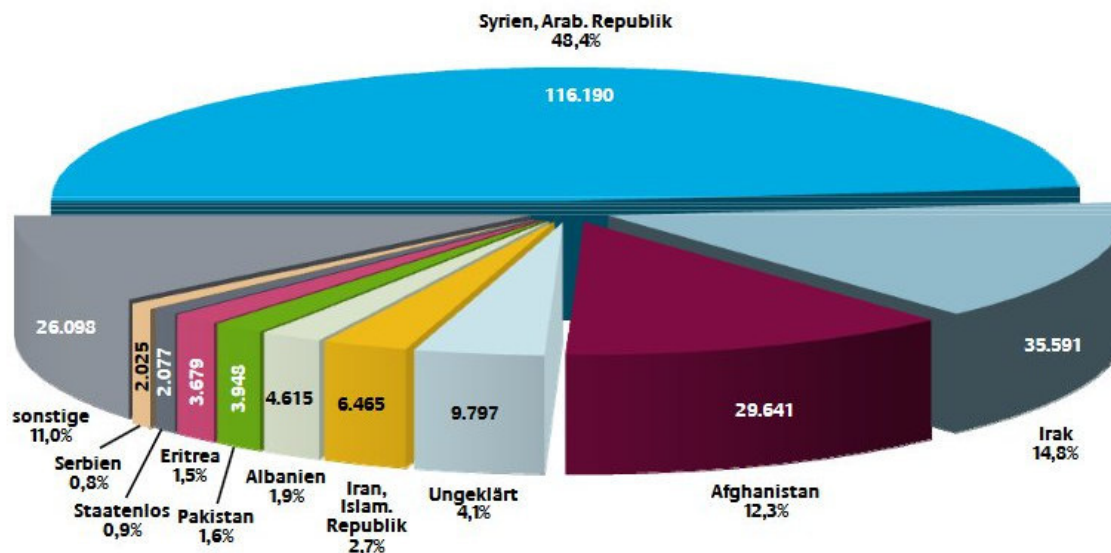


Abb. A1: Stand der Verteilung der Herkunftsländer der Population der Asylersantragsteller_innen im Frühjahr 2016 (BAMF 2016)

Abbildung A2: Entwicklung der Asylersantragszahlen

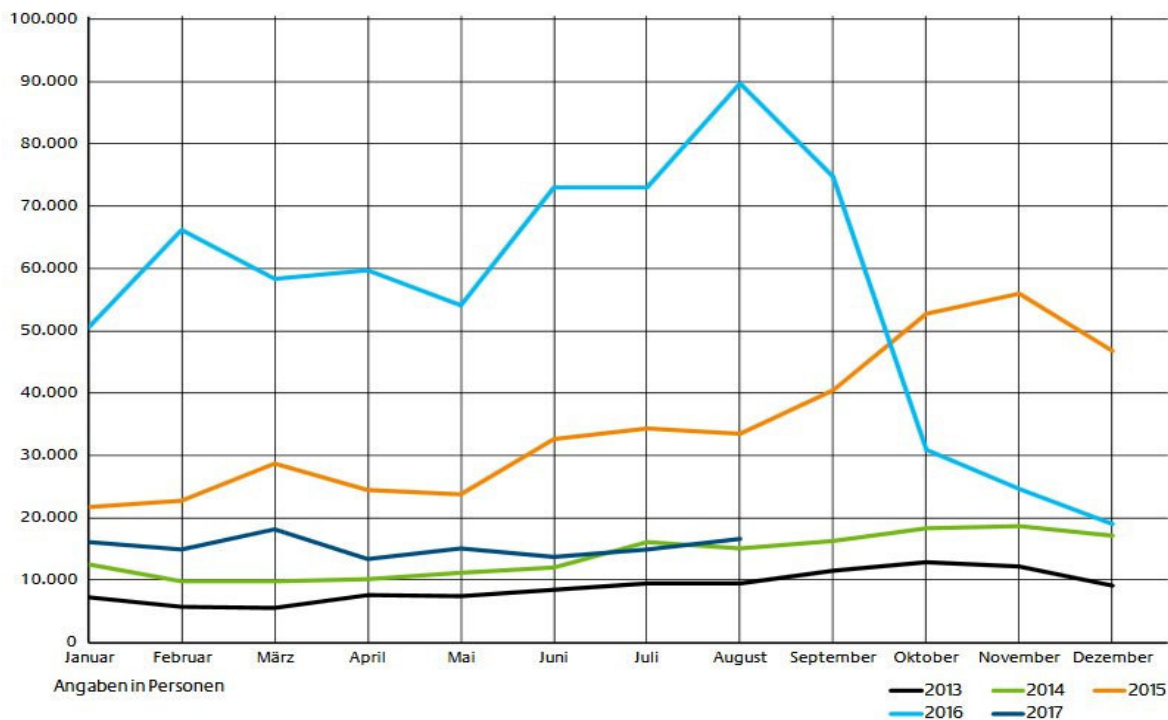


Abb. A2: Entwicklung der Asylersantragszahlen der Jahre 2013 bis 2017 im Vergleich (BAMF 2017 a).

Abbildung A3: Asylersantragszahlen nach Bundesländern (Jan. – Apr. 2016)

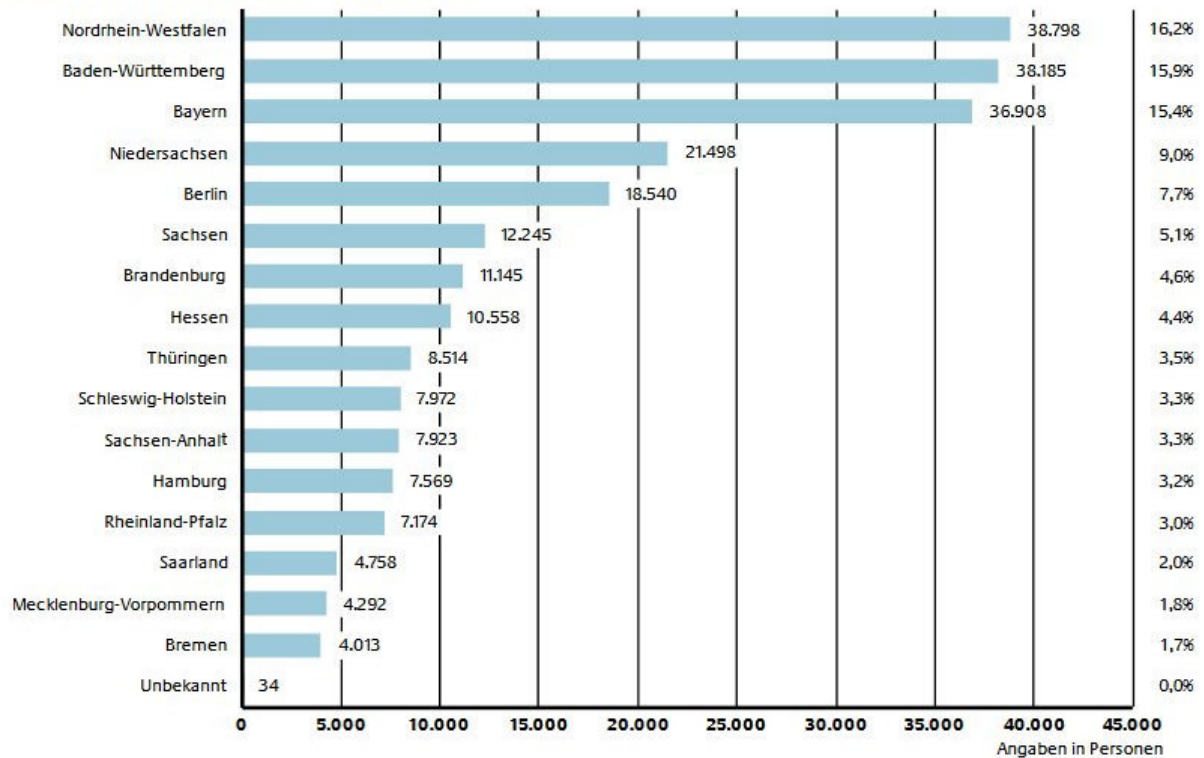


Abb. A3: Darstellung der Anzahl der im Frühjahr 2016 gestellten Asylersanträge in absoluten Zahlen und in Prozent in absteigender Reihenfolge nach Bundesländern (BAMF 2017 b).

Abbildung A4: Modell des RFRC der EA Rugenborg



Abb. A4: Modell des *Refugee First Response Centers* der EA Rugenborg. Durch die eröffnete Wand und Decke des zu einer medizinischen Ambulanz umgebauten Schiffscontainers ist rechts das Anmeldezimmer und links das Behandlungszimmer zu sehen. Beide Räume sind mit einem Videodolmetschsystem ausgestattet.

Abbildung A5: Konsultationen/Monat in der Vollerhebung 11/15-07/16

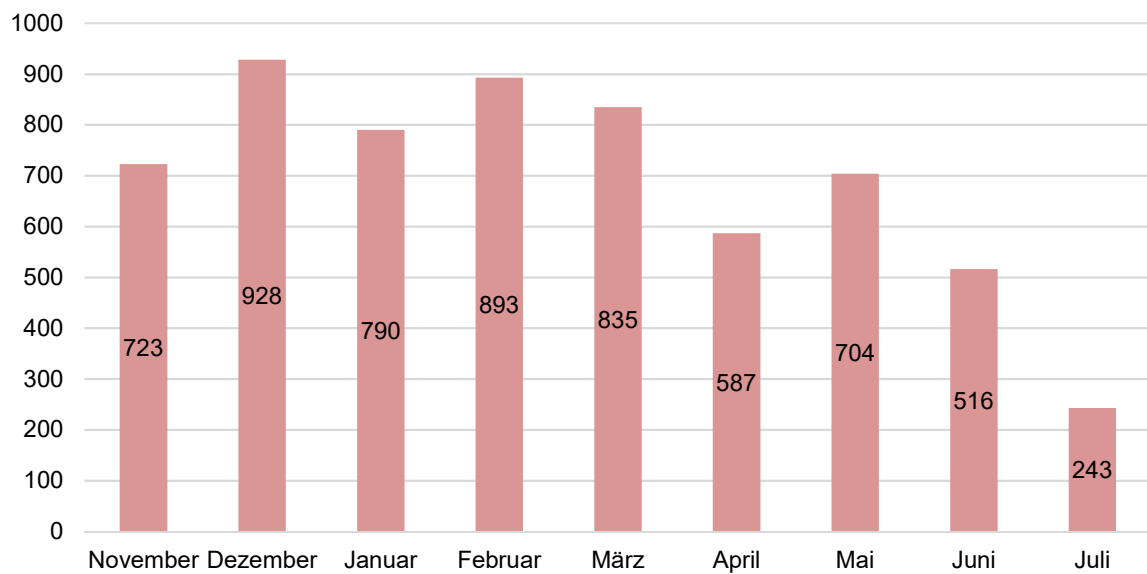


Abb. A5: Es sind alle dokumentierten Konsultationen im Beobachtungszeitraum November 2015 bis Juli 2017 nach Monaten in absoluten Zahlen angegeben. In den letzten Monaten vor der Schließung der EA Rugenbarg nahmen die Konsultationszahlen analog zum Rückgang der Bewohnerschaft ab.

Abbildung A6: Alter bei Aufnahme in der Stichprobe

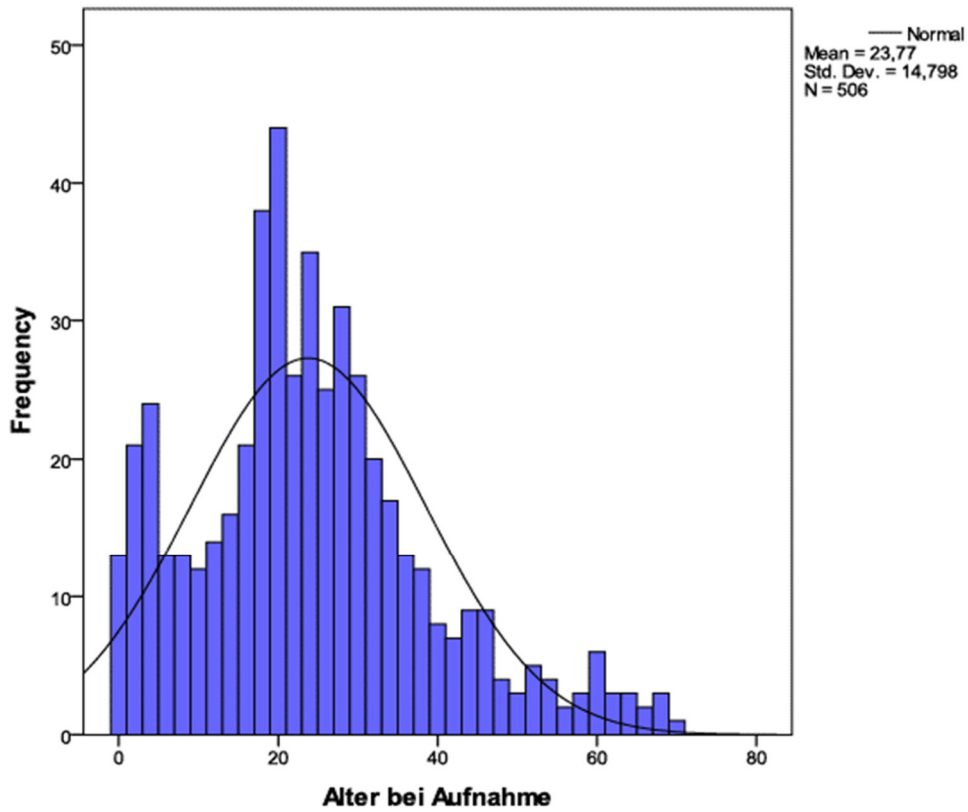


Abbildung A7: Alter bei Aufnahme in der Vollerhebung

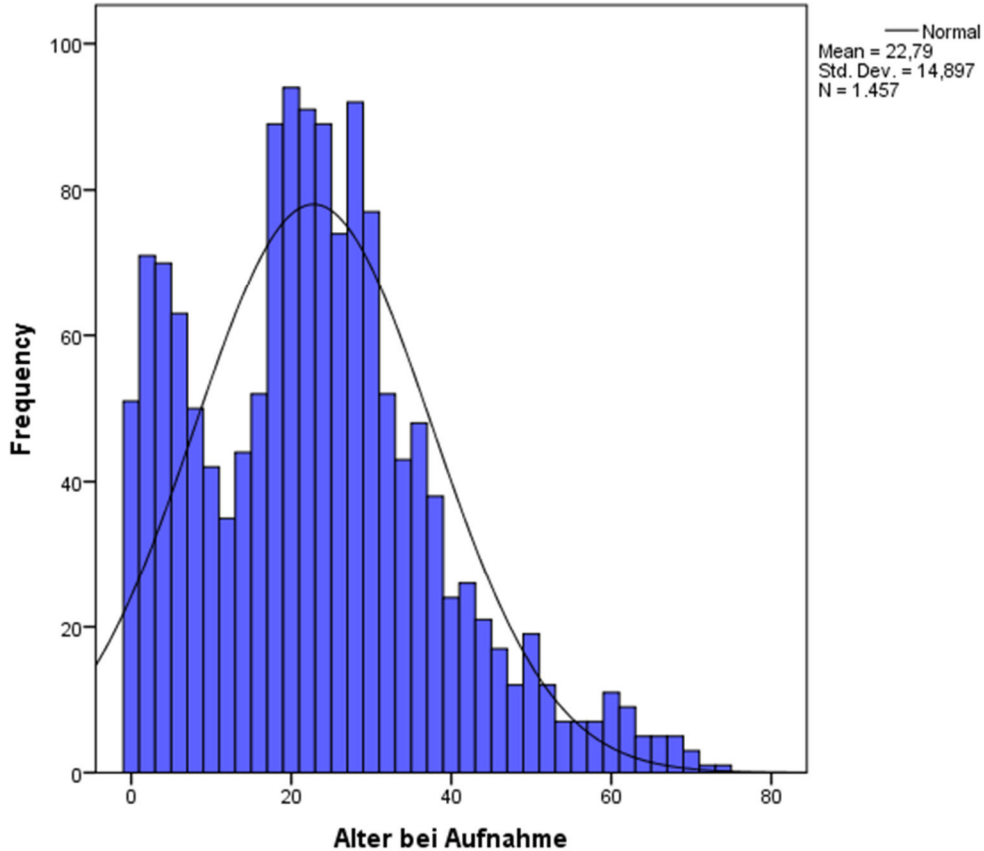


Abb. A6 und A7: Vergleich der Altershistogramme der Vollerhebung, die alle Patient_innen (n = 1457) in der EA Rugenbarg umfasst, und der 35%-Stichprobe (n = 506) aus dieser Gruppe zur Überprüfung der Repräsentativität der Stichprobe.

Abbildung A8: Anzahl der Konsultationen/Tag in der Stichprobe

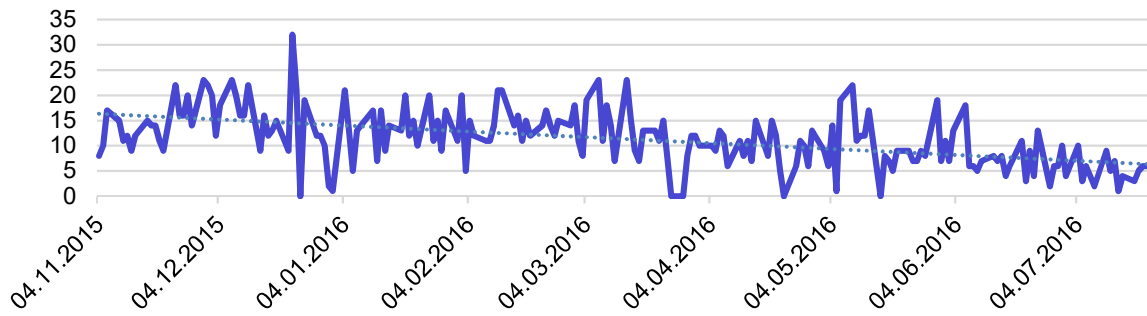


Abbildung A9: Anzahl der Konsultationen/Tag in der Vollerhebung

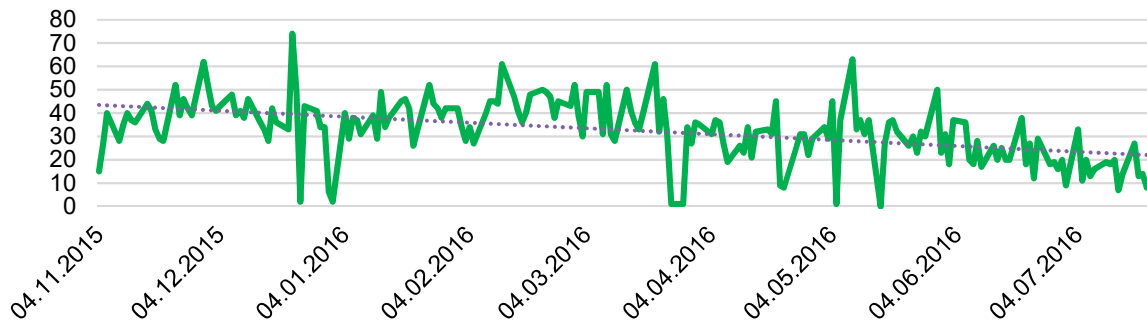


Abb. A8 und A9: Grafischer Vergleich der Entwicklung der Konsultationszahlen im Verlauf des Beobachtungs- bzw. Behandlungszeitraums in der Vollerhebung und der 35%-Stichprobe zur Überprüfung der Repräsentativität der Stichprobe.

10.2 Tabellen

Tabelle A1: Verordnungshäufigkeiten von Medikamenten für Geflüchtete

ATC-Hauptgruppe	abs. Häufigkeit Verordnung	rel. Häufigkeit Verordnung [in %]
Alimentäres System und Stoffwechsel	91	8,1
Blut und blutbildende Organe	15	1,3
Kardiovaskuläres System	71	6,3
Dermatika	112	10,0
Urogenitalsystem und Sexualhormone	12	1,1
Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	5	0,4
Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	221	19,7
Muskel- und Skelettsystem	190	16,9
Nervensystem	184	16,4
Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	19	1,7
Respirationstrakt	172	15,3
Sinnesorgane	29	2,6
Varia	1	0,1
Gesamt	1.122	100

► Tab. 2 Die 10 am häufigsten verordneten Medikamente.

ATC	Name	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit an den Gesamtverordnungen [in %]
M01AE01	Ibuprofen	158	14,1
N02BB02	Metamizol	61	5,4
J01CA04	Amoxicillin	37	3,3
R01AA07	Xylometazolin	29	2,6
J01CE02	Penicillin V	27	2,4
J01DC02	Cefuroxim	26	2,3
J01CR02	Amoxicillin und Enzym-Inhibitoren	23	2
N02BE01	Paracetamol	23	2
R05CP02	Efeublätter	21	1,9
A02BC02	Pantoprazol	20	1,8

Tab. A1: Verordnungshäufigkeiten von Medikamenten im Rahmen der primärärztlichen Akutversorgung in einer EA in Erlangen zwischen Oktober 2014 und September 2015 (Kahl & Frewer 2017).

Tabelle A2: Typischer Tagesablauf mit First-Line-Sprechstunde

08 – 09 Uhr	RA/MFA	Rundgang des RA/MFA in den Wohnbereichen, Kurzvisite ausgewählter Patienten zur Nachbeobachtung, Aushang der Warteliste für den Tag
09 – 10 Uhr	RA/MFA + Arzt	Medikamentenausgabe, Verbandswechsel. Wiedereinbestellte Patienten zur Besprechung der Ergebnisse von Untersuchungen/Nachuntersuchungen
10 – 13 Uhr	RA/MFA + Arzt	Allgemeinmedizinische Sprechstunde mit Online-Dolmetscher nach Warteliste: 6 Patienten/Stunde. Anamnese/Untersuchung/Therapie bekannter und neuer Pat. Ggf. Weiterleitung zum Krankenhaus oder Teilgebietsspezialisten/Labor- oder apparative Diagnostik
13 – 14 Uhr	RA/MFA + Arzt	Pause / Vereinbarung von Terminen / Telefonate / Apothekenbestellung / Abholungen
14 – 17 Uhr	RA/MFA + Arzt	Fortsetzung der allgemeinmedizinischen Sprechstunde
17 – 18 Uhr	RA/MFA	Umsetzung des Hygienekonzepts: Tägliche Desinfektion von Kontaktflächen, wöchentliche Scheuer-Wisch-Desinfektion aller Flächen, Müllentsorgung
RA = Rettungsassistent		MFA = Medizinische_r Fachangestellte_r

Tab. A2: Ein typischer Tagesablauf aus der Perspektive des medizinischen Personals in der EA Rugenbarg. Die Verantwortlichkeiten je nach Uhrzeit und Tätigkeitsbereich sind in der mittleren Spalte dargestellt.

Tabelle A3: Herkunftsländer der Patient_innen in der 35%-Stichprobe

Nationalität	N	%
Afghanistan	238	48,3
Syrien	111	22,5
Irak	58	11,8
Iran	28	5,7
Eritrea	16	3,2
Russland	13	2,6
Somalia	8	1,6
Mazedonien	4	0,8
Albanien	3	0,6
Armenien	3	0,6
Palästina	2	0,4
Serbien	2	0,4
Deutschland	1	0,2
Gambia	1	0,2
Kosovo	1	0,2
Mali	1	0,2
Marokko	1	0,2
Polen	1	0,2
Tunesien	1	0,2
Keine Angabe	24	
Gesamt	517	

Tab. A3: Übersicht über die Nationalitätenverteilung in der untersuchten 35%-Stichprobe.

Tabelle A4: Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	Gesamt (n=1.348)	weiblich (n=573)	männlich (n=775)	p
Atmungsorgane	31,4%	26,2%	35,2%	<0,001
- <i>ab 18J. (n=908)</i>	26,9%	19,8%	31,8%	<0,001
- (<i>< 18J.) (n=431)</i>	41,3%	38,4%	43,8%	0,257
Verdauungssystem	16,8%	14,8%	18,2%	0,103
Haut	13,6%	12,9%	14,2%	0,499
Bewegungsapparat	9,8%	9,4%	10,1%	0,696
Auge	5,8%	5,2%	5,6%	0,651
Kreislauf	3,3%	3,8%	3,0%	0,378
Psyche	3,2%	4,4%	2,3%	0,035
Neurologisch	3,3%	4,2%	2,7%	0,135
Ohr	2,5%	3,0%	2,2%	0,371
Urologisch	2,6%	4,2%	1,4%	0,002
metabolisch	1,7%	2,1%	1,4%	0,344
Blutbildende Organe	1,4%	3,0%	0,3%	<0,001
Weibl. Genitale	2,3%	5,4%	0,0%	<0,001
Schwangerschaft	1,3%	3,0%	0,0%	<0,001
Männ. Genitale	0,3%	0,0%	0,4%	0,035
Soziale Probleme	0,4%	0,2%	0,5%	0,308

Tab. A4: Diagnosegruppen sowie die Häufigkeiten, mit denen Diagnosen dieser Gruppen bei Männern und Frauen gestellt wurden, wurden bei signifikanten Unterschieden zwischen den Geschlechtern fett markiert. Bei der Gruppe „Atmungsorgane“ ist zusätzlich zum Geschlecht noch nach Kindern und Erwachsenen unterschieden worden, wobei sich zeigte, dass in Bezug auf diese Diagnosegruppe ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern nur bei Erwachsenen zu beobachten war.

Gegenüberstellung der Top 20 Beratungsanlässe (RfEs)

Tabelle A6: CONTENT-RfEs Altersgruppe 0-4 Jahre

ICPC-2-Code männlich n = 104 (100%)	Beratungs- häufigkeit	ICPC-2-Code weiblich n = 172 (100%)	Beratungs- häufigkeit
R05 Husten	22 21,2%	R05 Husten	40 23,3%
A03 Fieber	9 8,7%	A03 Fieber	14 8,1%
H01 Ohrschmerz	8 7,7%	A23 Risikofaktoren NNB	10 5,8%
D10 Erbrechen	7 6,7%	D11 Durchfall	8 4,7%
D11 Durchfall	7 6,7%	D12 Verstopfung	7 4,1%
A23 Risikofaktoren NNB	4 3,8%	H01 Ohrschmerz	7 4,1%
D12 Verstopfung	4 3,8%	D08 Flatulenz/Blähungen/ Aufstoßen	6 3,5%
D08 Flatulenz/Blähungen/ Aufstoßen	3 2,9%	A01 Schmerz generalisiert/ an mehreren Stellen	5 2,9%
F02 Augenrötung	3 2,9%	D01 Bauchschmerzen/ -krämpfe, generalisiert	5 2,9%
R06 Nasenbluten/Epistaxis	3 2,9%	F02 Augenrötung	4 2,3%
S18 Lazeration/Schnitt	3 2,9%	P04 reizbares/ärgerliches Gefühl/ Verhalten	4 2,3%
A01 Schmerz generalisiert/ an mehreren Stellen	2 1,9%	R07 Schnupfen/Niesen/ verstopfte Nase	4 2,3%
D19 Zahn-/Zahnfleisch- symptome/-beschwerden	2 1,9%	S29 Hautsymptomatik/ -beschwerden andere	4 2,3%
P04 reizbares/ärgerliches Gefühl/ Verhalten	2 1,9%	R21 Hals-/Rachensymptome/ -beschwerden	3 1,7%
S03 Warzen	2 1,9%	S12 Insektenbiss/-stich	3 1,7%
S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	2 1,9%	A06 Ohnmacht/Synkope	2 1,2%
S19 Hautverletzung, andere	2 1,9%	B02 Lymphknoten vergrößert/ schmerzend	2 1,2%
Y04 Penissymptome/-beschwerden, andere	2 1,9%	D07 Magenverstimmung/ Verdauungsstörung	2 1,2%
A02 Frösteln	1 1,0%	D10 Erbrechen	2 1,2%
A16 unruhiges Kleinkind	1 1,0%	D19 Zahn-/Zahnfleisch- symptome/-beschwerden	2 1,2%

Kühlein et al. 2008

Tabelle A7: Rugenbarg-RfEs Altersgruppe 0-4 Jahre

ICPC-Code Männlich	Beratungs- häufigkeit		ICPC-Code Weiblich	Beratungs- häufigkeit	
R05 Husten	29	17%	R05 Husten	23	21%
A03 Fieber	24	14%	A03 Fieber	11	10%
R07 Schnupfen	15	9%	D10 Erbrechen	9	8%
R21 Hals-/Rachensymptome	9	5%	R07 Schnupfen	9	8%
S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	9	5%	S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	8	7%
A30 Allg. ärztliche Untersuchung - komplett	5	3%	R21 Hals-/Rachensymptome	7	6%
D10 Erbrechen	4	2%	T03 Appetitverlust	4	4%
D12 Verstopfung	4	2%	K50 Wunsch nach Medikamenten mit Wirkung auf das Kreislaufsys- tem	4	4%
F70 Konjunktivitis, infektiöse	4	2%	U01 Schmerzhaftes Miktion	4	4%
H01 Ohrschmerz	3	2%	H01 Ohrschmerz	3	3%
D06 Bauchschmerzen, andere Lo- kalisierung	3	2%	F70 Konjunktivitis, infektiöse	3	3%
U01 Schmerzhaftes Miktion	3	2%	A04 Schwäche/allgemeine Müdig- keit	2	2%
F03 Augenausfluss/-absonderung	3	2%	N01 Kopfschmerzen	2	2%
R74 Infektion obere Atemwege, akute	3	2%	D12 Verstopfung	2	2%
T04 Ernährungsproblem Klein- kind/Kind	3	2%	F03 Augenausfluss/-absonderung	2	2%
D96 Würmer/andere Parasiten	3	2%	D19 Zahn-/Zahnfleischsymptome	2	2%
A04 Schwäche/allgemeine Müdig- keit	2	1%	D02 Bauchschmerzen, epigastri- sche	1	1%
T03 Appetitverlust	2	1%	D11 Durchfall	1	1%
K50 Wunsch nach Medikamenten mit Wirkung auf das Kreislaufsys- tem	2	1%	F01 Augenschmerz	1	1%
D11 Durchfall	2	1%	K85 Cornealulcus	1	1%

Tabelle A8: CONTENT-RfEs Altersgruppe 5-14 Jahre

ICPC-2-Code männlich n = 595 (100%)	Beratungs- häufigkeit	ICPC-2-Code weiblich n = 804 (100%)	Beratungs- häufigkeit
R05 Husten	82 13,8%	R05 Husten	118 14,7%
S03 Warzen	48 8,1%	S03 Warzen	74 9,2%
R21 Hals-/Rachensymptome/ -beschwerden	31 5,2%	R21 Hals-/Rachensymptome/ -beschwerden	49 6,1%
A23 Risikofaktoren NNB	25 4,2%	A23 Risikofaktoren NNB	40 5,0%
D01 Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	25 4,2%	D01 Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	39 4,9%
H01 Ohrschmerz	25 4,2%	A03 Fieber	29 3,6%
A03 Fieber	22 3,7%	H01 Ohrschmerz	23 2,9%
D11 Durchfall	17 2,9%	L15 Kniesymptomatik/ -beschwerden	18 2,2%
N01 Kopfschmerz	16 2,7%	D06 Bauchschmerzen lokalisiert, andere	15 1,9%
S18 Lazeration/Schnitt	13 2,2%	D11 Durchfall	14 1,7%
P24 Spezifische Lernstörung	12 2,0%	S12 Insektenbiss/-stich	14 1,7%
D02 Bauchschmerzen, epigastrische	11 1,8%	L02 Rückensymptomatik/ -beschwerden, BWS/n.s.	13 1,6%
L17 Fuß-/Zehensymptomatik/ -beschwerden	11 1,8%	F05 Sehstörung, andere	12 1,5%
S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	11 1,8%	L12 Hand-/Fingersymptomatik/ -beschwerden	12 1,5%
S12 Insektenbiss/-stich	11 1,8%	L17 Fuß-/Zehensymptomatik/ -beschwerden	12 1,5%
S16 Prellung/Kontusion	10 1,7%	S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	12 1,5%
D09 Übelkeit	7 1,2%	F02 Augenrötung	11 1,4%
D10 Erbrechen	7 1,2%	N01 Kopfschmerz	11 1,4%
F02 Augenrötung	7 1,2%	A01 Schmerz generalisiert/ an mehreren Stellen	10 1,2%
L02 Rückensymptomatik/ -beschwerden, BWS/n.s.	7 1,2%	D02 Bauchschmerzen, epigastrische	10 1,2%

Kühlein et al. 2008

Tabelle A9: Rugenbarg-RfEs Altersgruppe 5-14 Jahre

ICPC-Code Männlich	Beratungs- häufigkeit		ICPC-Code Weiblich	Beratungs- häufigkeit	
R21 Hals-/Rachensymptome	18	12%	R21 Hals-/Rachensymptome	15	12%
R05 Husten	16	11%	R05 Husten	10	8%
A03 Fieber	11	7%	R07 Schnupfen	7	5%
R07 Schnupfen	9	6%	S73 Pedikulose	6	5%
N01 Kopfschmerz	7	5%	A03 Fieber	5	4%
F02 Augenrötung	5	3%	F01 Augenschmerz	5	4%
D02 Bauchschmerzen, epigastrische	4	3%	D19 Zahn-/Zahnfleischsymptome	5	4%
R06 Nasenbluten/Epistaxis	4	3%	N01 Kopfschmerz	4	3%
S17 Abschürfung/Kratzer/Blase	4	3%	D09 Übelkeit	3	2%
D19 Zahn-/Zahnfleischsymptome	4	3%	F02 Augenrötung	3	2%
L16 Sprunggelenkssymptome	4	3%	F03 Augenausfluss/-absonderung	3	2%
D10 Erbrechen	3	2%	S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	3	2%
H01 Ohrschmerz	3	2%	S24 Haar-/Kopfhautsymptome	3	2%
F01 Augenschmerz	3	2%	A04 Schwäche/allgemeine Müdigkeit	2	2%
F03 Augenausfluss/-absonderung	3	2%	H01 Ohrschmerz	2	2%
S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	3	2%	R09 Nasennebenhöhlensymptome	2	2%
L12 Hand-/Fingersymptome	3	2%	T03 Appetitverlust	2	2%
A04 Schwäche/allgemeine Müdigkeit	2	1%	K50 Wunsch nach Medikamenten mit Wirkung auf das Kreislaufsystem	2	2%
T03 Appetitverlust	2	1%	D02 Bauchschmerzen, epigastrische	2	2%
K50 Wunsch nach Medikamenten mit Wirkung auf das Kreislaufsystem	2	1%	D06 Bauchschmerzen, andere Lokalisation	2	2%

Tabelle A10: CONTENT-RfEs Altersgruppe 15-24 Jahre

ICPC-2-Code männlich n = 1302 (100%)		Beratungs- häufigkeit		ICPC-2-Code weiblich n = 2214 (100%)		Beratungs- häufigkeit	
R05	Husten	100	7,7%	R05	Husten	145	6,5%
L03	Untere Rückensymptomatik/ -beschwerden	69	5,3%	R21	Hals-/Rachensymptome/ -beschwerden	119	5,4%
D11	Durchfall	68	5,2%	D11	Durchfall	111	5,0%
R21	Hals-/Rachensymptome/ -beschwerden	66	5,1%	D01	Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	94	4,2%
L01	Nackensymptomatik/ -beschwerden	52	4,0%	L01	Nackensymptomatik/ -beschwerden	88	4,0%
L15	Kniesymptomatik/-beschwerden	51	3,9%	L02	Rückensymptomatik/ -beschwerden, BWS/n.s.	88	4,0%
L02	Rückensymptomatik/ -beschwerden, BWS/n.s.	45	3,5%	N01	Kopfschmerz	74	3,3%
N01	Kopfschmerz	40	3,1%	L03	Untere Rückensymptomatik/ -beschwerden	70	3,2%
D01	Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	37	2,8%	L17	Fuß-/Zehensymptomatik/ -beschwerden	44	2,0%
S03	Warzen	33	2,5%	A23	Risikofaktoren NNB	43	1,9%
L17	Fuß-/Zehensymptomatik/ -beschwerden	30	2,3%	D06	Bauchschmerzen lokalisiert, andere	43	1,9%
A23	Risikofaktoren NNB	28	2,2%	D10	Erbrechen	42	1,9%
D07	Magenverstimmung/ Verdauungsstörung	24	1,8%	X02	Menstruationsschmerz	42	1,9%
R09	Nasennebenhöhlensymptome/ -beschwerden	24	1,8%	A29	Allgemeinsymptome/ Beschwerden, andere	41	1,9%
D09	Übelkeit	22	1,7%	D02	Bauchschmerzen, epigastrische	40	1,8%
S18	Lazeration/Schnitt	22	1,7%	N17	Schwindel/Benommenheit	39	1,8%
A03	Fieber	19	1,5%	L15	Kniesymptomatik/-beschwerden	37	1,7%
S16	Prellung/Kontusion	19	1,5%	P02	Akute Stressreaktion	36	1,6%
D10	Erbrechen	18	1,4%	W11	Orale Empfängnisverhütung	34	1,5%
P02	Akute Stressreaktion	18	1,4%	R09	Nasennebenhöhlensymptome/ -beschwerden	33	1,5%

Kühlein et al. 2008

Tabelle A11: Rugenbarg-RfEs Altersgruppe 15-24 Jahre

ICPC-Code Männlich	Beratungs- häufigkeit		ICPC-Code Weiblich	Beratungs- häufigkeit	
R21 Hals-/Rachensymptome	44	12%	R21 Hals-/Rachensymptome	21	9%
R05 Husten	29	8%	N01 Kopfschmerz	13	5%
N01 Kopfschmerz	22	6%	R05 Husten	12	5%
D19 Zahn-/Zahnfleischsymptome	22	6%	R07 Schnupfen	9	4%
A01 Schmerz, generalisiert/mehrer Stellen	12	3%	D19 Zahn-/Zahnfleischsymptome	9	4%
R07 Schnupfen	12	3%	S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	8	3%
A03 Fieber	10	3%	D02 Bauchschmerzen, epigastrische	7	3%
S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	10	3%	F01 Augenschmerz	7	3%
S02 Juckreiz	8	2%	S02 Juckreiz	7	3%
D02 Bauchschmerzen, epigastrische	7	2%	D10 Erbrechen	6	2%
U01 Schmerzhaftes Miktion	6	2%	D12 Verstopfung	6	2%
L15 Kniesymptomatik	6	2%	A04 Schwäche/allgemeine Müdigkeit	5	2%
A44 Präventive Impfung	6	2%	H01 Ohrschmerz	5	2%
H01 Ohrschmerz	5	1%	N17 Schwindel/Benommenheit	5	2%
L03 Untere Rückensymptome	5	1%	U01 Schmerzhaftes Miktion	5	2%
K50 Wunsch nach Medikamenten mit Wirkung auf das Kreislaufsystem	5	1%	A03 Fieber	4	2%
R06 Nasenbluten/Epistaxis	5	1%	L03 Untere Rückensymptome	4	2%
U14 Nierenorganbeschwerden	5	1%	D01 Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	4	2%
L17 Fuß-/Zehensymptome	5	1%	K50 Wunsch nach Medikamenten mit Wirkung auf das Kreislaufsystem	3	1%
S24 Haar-/Kopfhautsymptome	5	1%	A06 Ohnmacht/Synkope	3	1%

Tabelle A12: CONTENT-RfEs Altersgruppe 25-44 Jahre

ICPC-2-Code männlich n = 3289 (100%)		Beratungs- häufigkeit		ICPC-2-Code weiblich n = 5384 (100%)		Beratungs- häufigkeit	
L03	Untere Rückensymptomatik/ -beschwerden	313	9,5%	R05	Husten	406	7,5%
R05	Husten	228	6,9%	L03	Untere Rückensymptomatik/ -beschwerden	359	6,7%
L02	Rückensymptomatik/ -beschwerden, BWS/n.s.	157	4,8%	L01	Nackensymptomatik/ -beschwerden	331	6,1%
D11	Durchfall	142	4,3%	R21	Hals-/Rachensymptome/ -beschwerden	231	4,3%
L01	Nackensymptomatik /-beschwerden	122	3,7%	L02	Rückensymptomatik/ -beschwerden, BWS/n.s.	227	4,2%
R21	Hals-/Rachensymptome/ -beschwerden	112	3,4%	A23	Risikofaktoren NNB	155	2,9%
A23	Risikofaktoren NNB	90	2,7%	D01	Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	143	2,7%
L15	Kniesymptomatik/-beschwerden	89	2,7%	D11	Durchfall	141	2,6
P02	akute Stressreaktion	69	2,1%	P02	akute Stressreaktion	139	2,6%
D07	Magenverstimmung/ Verdauungsstörung	64	1,9%	A29	Allgemeinsymptome/ Beschwerden, andere	124	2,3%
N17	Schwindel/Benommenheit	61	1,9%	N17	Schwindel/Benommenheit	112	2,1%
L08	Schultersymptomatik/ -beschwerden	57	1,7%	R09	Nasennebenhöhlensymptome/ -beschwerden	106	2,0%
D01	Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	53	1,6%	D07	Magenverstimmung/ Verdauungsstörung	97	1,8%
L17	Fuß-/Zehensymptomatik/ -beschwerden	52	1,6%	N01	Kopfschmerz	96	1,8%
N01	Kopfschmerz	50	1,5%	F05	Sehstörung, andere	92	1,7%
D02	Bauchschmerzen, epigastrische	47	1,4%	L15	Kniesymptomatik/-beschwerden	92	1,7%
A11	Brustschmerz NNB	45	1,4%	L17	Fuß-/Zehensymptomatik/ -beschwerden	89	1,7%
A29	Allgemeinsymptome/ Beschwerden, andere	45	1,4%	H01	Ohrschmerz	76	1,4%
D10	Erbrechen	43	1,3%	L08	Schultersymptomatik/ -beschwerden	73	1,4%
H03	Tinnitus, Klingeln, Brummen	40	1,2%	D06	Bauchschmerzen lokalisiert, andere	68	1,3%

Kühlein et al. 2008

Tabelle A13: Rugenbarg-RfEs Altersgruppe 25-44 Jahre

ICPC-Code Männlich	Beratungs- häufigkeit		ICPC-Code Weiblich	Beratungs- häufigkeit	
R21 Hals-/Rachensymptome	43	11%	R21 Hals-/Rachensymptome	28	9%
R05 Husten	34	9%	R05 Husten	17	6%
N01 Kopfschmerz	28	7%	N01 Kopfschmerz	16	5%
D19 Zahn-/Zahnfleischsymptome	25	6%	D19 Zahn-/Zahnfleischsymptome	15	5%
R07 Schnupfen	21	5%	R07 Schnupfen	10	3%
D02 Bauchschmerzen, epigastrische	13	3%	L03 Untere Rückensymptome	8	3%
S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	13	3%	S24 Haar-/Kopfhautsymptome	8	3%
A03 Fieber	11	3%	H01 Ohrschmerz	7	2%
A01 Schmerz generalisiert/mehrere Stellen	9	2%	S02 Juckreiz	7	2%
U14 Nierenorganbeschwerden	7	2%	X17 Unterbauch-/Unterleibssymptome	7	2%
S02 Juckreiz	7	2%	U01 Schmerzhaftes Miktion	6	2%
R06 Nasenbluten/Epistaxis	6	2%	L15 Kniesymptomatik	6	2%
H01 Ohrschmerz	5	1%	F01 Augenschmerz	5	2%
D12 Verstopfung	5	1%	A06 Ohnmacht/Synkope	5	2%
U01 Schmerzhaftes Miktion	5	1%	S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	5	2%
D09 Übelkeit	4	1%	A03 Fieber	4	1%
D10 Erbrechen	4	1%	A04 Schwäche/allgemeine Müdigkeit	4	1%
F05 Sehstörung, andere	4	1%	D02 Bauchschmerzen, epigastrische	4	1%
L03 Untere Rückensymptome	4	1%	N17 Schwindel/Benommenheit	4	1%
R09 Nasennebenhöhlensymptome	4	1%	U14 Nierenorganbeschwerden	4	1%

Tabelle A14: CONTENT-RfEs Altersgruppe 45-64 Jahre

ICPC-2-Code männlich n = 3731 (100%)		Beratungs- häufigkeit		ICPC-2-Code weiblich n = 5467 (100%)		Beratungs- häufigkeit	
L03	Untere Rückensymptomatik/ -beschwerden	391	10,5%	L03	Untere Rückensymptomatik/ -beschwerden	378	6,9%
R05	Husten	223	6,0%	R05	Husten	370	6,8%
L01	Nackensymptomatik/ -beschwerden	161	4,3%	L01	Nackensymptomatik/ -beschwerden	285	5,2%
L02	Rückensymptomatik/ -beschwerden, BWS/n.s.	136	3,6%	L02	Rückensymptomatik/ -beschwerden, BWS/n.s.	243	4,4%
A23	Risikofaktoren NNB	118	3,2%	A23	Risikofaktoren NNB	179	3,3%
L15	Kniesymptomatik/-beschwerden	101	2,7%	F05	Sehstörung, andere	144	2,6%
L08	Schultersymptomatik/ -beschwerden	96	2,6%	L17	Fuß-/Zehensymptomatik/ -beschwerden	131	2,4%
D11	Durchfall	83	2,2%	P02	akute Stressreaktion	128	2,3%
F05	Sehstörung, andere	80	2,1%	N17	Schwindel/Benommenheit	123	2,2%
L17	Fuß-/Zehensymptomatik/ -beschwerden	69	1,8%	X11	Menopausale Symptome/ Beschwerden	117	2,1%
P06	Schlafstörung	67	1,8%	L08	Schultersymptomatik/ -beschwerden	115	2,1%
D01	Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	63	1,7%	L15	Kniesymptomatik/-beschwerden	112	2,0%
H03	Tinnitus, Klingeln, Brummen	63	1,7%	D01	Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	104	1,9%
N17	Schwindel/Benommenheit	63	1,7%	R21	Hals-/Rachensymptome/ -beschwerden	102	1,9%
R21	Hals-/Rachensymptome/ -beschwerden	63	1,7%	A29	Allgemeinsymptome/ Beschwerden, andere	97	1,8%
A11	Brustschmerz NNB	56	1,5%	D11	Durchfall	91	1,7%
A01	Schmerz generalisiert/ an mehreren Stellen	49	1,3%	A11	Brustschmerz NNB	78	1,4%
D06	Bauchschmerzen lokalisiert, andere	48	1,3%	D02	Bauchschmerzen, epigastrische	72	1,3%
D07	Magenverstimmung/ Verdauungsstörung	48	1,3%	D07	Magenverstimmung/ Verdauungsstörung	72	1,3%
P08	Verminderte sexuelle Erfüllung	48	1,3%	H03	Tinnitus, Klingeln, Brummen	71	1,3%

Kühlein et al. 2008

Tabelle A15: Rugenbarg-RfEs Altersgruppe 45-64 Jahre

ICPC-Code Männlich	Beratungs- häufigkeit		ICPC-Code Weiblich	Beratungs- häufigkeit	
R05 Husten	10	10%	N01 Kopfschmerz	11	12%
R21 Hals-/Rachensymptome	6	6%	R21 Hals-/Rachensymptome	5	5%
D19 Zahn-/Zahnfleischerkrankun- gen	6	6%	N17 Schwindel/Benommenheit	4	4%
U14 Nierenorganbeschwerden	4	4%	L15 Kniesymptome	4	4%
A01 Schmerz generalisiert/mehrere Stellen	3	3%	R05 Husten	3	3%
D10 Erbrechen	3	3%	D02 Bauchschmerzen, epigastri- sche	3	3%
N01 Kopfschmerz	3	3%	R06 Nasenbluten/Epistaxis	3	3%
R07 Schnupfen	3	3%	H01 Ohrschmerz	2	2%
D02 Bauchschmerzen, 9	3	3%	L03 Untere Rückensymptome	2	2%
L15 Kniesymptome	3	3%	R07 Schnupfen	2	2%
A03 Fieber	2	2%	L04 Brustkorbsymptome	2	2%
A04 Schwäche/allgemeine Müdig- keit	2	2%	D06 Bauchschmerzen, andere Lo- kalisation	2	2%
H01 Ohrschmerz	2	2%	S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	2	2%
L03 Untere Rückensymptome	2	2%	A60 Besprechung Testresultat	2	2%
P06 Schlafstörung	2	2%	D19 Zahn-/Zahnfleischsymptome	2	2%
R06 Nasenbluten/Epistaxis	2	2%	K64 Konsultation bzgl. des Kreis- laufsystems auf Initiative der medizi- nischen Fachkraft	2	2%
S50 Wunsch nach Medikamenten mit Wirkung auf die Haut	2	2%	A01 Schmerz generalisiert/mehrere Stellen	1	1%
L50 Wunsch nach Medikamenten mit Wirkung auf den Bewegungsap- parat	2	2%	A03 Fieber	1	1%
R74 Infektion obere Atemwege, akute	2	2%	D10 Erbrechen	1	1%
S10 Furunkel/Karbunkel	2	2%	F05 Sehstörung, andere	1	1%

Tabelle A16: CONTENT-RfEs Altersgruppe 65-74 Jahre

ICPC-2-Code männlich n = 1872 (100%)	Beratungs- häufigkeit	ICPC-2-Code weiblich n = 2598 (100%)	Beratungs- häufigkeit
L03 Untere Rückensymptomatik/ -beschwerden	144 7,7%	L03 Untere Rückensymptomatik/ -beschwerden	186 7,2
R05 Husten	119 6,4%	R05 Husten	153 5,9%
A23 Risikofaktoren NNB	68 3,6%	L01 Nackensymptomatik/ -beschwerden	116 4,5%
L01 Nackensymptomatik/ -beschwerden	52 2,8%	L02 Rückensymptomatik/ -beschwerden, BWS/n.s.	88 3,4%
L02 Rückensymptomatik/ -beschwerden, BWS/n.s.	51 2,7%	P06 Schlafstörung	81 3,1%
N17 Schwindel/Benommenheit	45 2,4%	A23 Risikofaktoren NNB	77 3,0%
F05 Sehstörung, andere	43 2,3%	N17 Schwindel/Benommenheit	71 2,7%
L17 Fuß-/Zehensymptomatik/ -beschwerden	43 2,3%	D01 Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	60 2,3%
L08 Schultersymptomatik/ -beschwerden	40 2,1%	L08 Schultersymptomatik/ -beschwerden	57 2,2%
Y06 Prostatasymptome/-beschwerden	37 2,0%	L17 Fuß-/Zehensymptomatik/ -beschwerden	53 2,0%
P06 Schlafstörung	35 1,9%	F05 Sehstörung, andere	51 2,0%
D01 Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	30 1,6%	X11 Menopausale Symptome/ Beschwerden	50 1,9%
H03 Tinnitus, Klingeln, Brummen	29 1,5%	D02 Bauchschmerzen, epigastrische	48 1,8%
S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	29 1,5%	L15 Kniesymptomatik/-beschwerden	48 1,8%
A01 Schmerz generalisiert/ an mehreren Stellen	28 1,5%	A01 Schmerz generalisiert/ an mehreren Stellen	41 1,6%
D06 Bauchschmerzen lokalisiert, andere	28 1,5%	S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	40 1,5%
L15 Kniesymptomatik/-beschwerden	27 1,4%	U04 Harninkontinenz	39 1,5%
S03 Warzen	27 1,4%	D06 Bauchschmerzen lokalisiert, andere	35 1,3%
D02 Bauchschmerzen, epigastrische	26 1,4%	L14 Beinsymptomatik/-beschwerden	35 1,3%
F04 Mouches volantes	26 1,4%	R21 Hals-/Rachensymptome/ -beschwerden	35 1,3%

Kühlein et al. 2008

Tabelle A17: Rugenbarg-RfEs Altersgruppe 65-74 Jahre

ICPC-Code Männlich	Beratungs- häufigkeit		ICPC-Code Weiblich	Beratungs- häufigkeit	
R05 Husten	2	13%	N01 Kopfschmerz	2	13%
K61 Besprechung Arztbrief bzgl. des Kreislaufsystems	2	13%	R05 Husten	2	13%
L03 Untere Rückensymptome	1	6%	L15 Kniesymptome	2	13%
R07 Schnupfen	1	6%	R01 Schmerzen Atmungssystem	1	7%
K50 Wunsch nach Verschreibung von Medikamenten mit Wirkung auf das Kreislaufsystem	1	6%	R07 Schnupfen	1	7%
D02 Bauchschmerzen, epigastrische	1	6%	R21 Hals-/Rachensymptome	1	7%
R25 Abnormes Sputum/Schleim	1	6%	N06 Empfindungsstörung, andere	1	7%
P50 Wunsch nach Verschreibung von Medikamenten mit Wirkung auf die Psyche	1	6%	S02 Juckreiz	1	7%
B64 Konsultation bzgl. des blutbildenden Systems auf Initiative der medizinischen Fachkraft	1	6%	S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	1	7%
D86 Peptisches Ulkus, anderes	1	6%	D19 Zahn-/Zahnfleischartige Symptome	1	7%
L10 Ellbogensymptomatik	1	6%	F72 Blepharitis/Hagelkorn/Gerstenkorn	1	7%
T05 Ernährungsproblem Erwachsener	1	6%	T60 Testresultat Endokrin, metabolisch, Ernährung	1	7%
B50 Wunsch nach Verschreibung von Medikamenten mit Wirkung auf das blutbildende System	1	6%			
Z28 Funktionseinschränkung/Behinderung	1	6%			

Gegenüberstellung der Top 20 Diagnosen

Tabelle A18: CONTENT-Diagnosen Altersgruppe 0-4 Jahre

ICPC-2-Code männlich n=4.335 (100%)	Beratungs- häufigkeit	ICPC-2-Code weiblich n=4.777 (100%)	Beratungs- häufigkeit
R99 Atemwegserkrankung, andere	731 16,9%	R74 Infektion obere Atemwege, akut	698 14,6%
R74 Infektion obere Atemwege, akut	665 15,3%	R99 Atemwegserkrankung, andere	682 14,3%
R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	367 8,5%	R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	467 9,8%
F70 Konjunktivitis, infektiöse	136 3,1%	A78 Infektiöse Erkrankung, andere NNB	208 4,4%
H71 Akute Mittelohrentzündung/Myringitis	129 3,0%	F70 Konjunktivitis, infektiöse	193 4,0%
A78 Infektiöse Erkrankung, andere NNB	128 3,0%	H71 Akute Mittelohrentzündung/Myringitis	183 3,8%
Y81 Phimose/überschüssige Vorhaut	117 2,7%	A77 Virale Erkrankung, andere NNB	144 3,0%
S88 Allergische-/Kontaktdermatitis	106 2,4%	S89 Windeldermatitis	101 2,1%
A77 Virale Erkrankung, andere NNB	102 2,4%	S88 Allergische-/Kontaktdermatitis	97 2,0%
R96 Asthma	99 2,3%	R83 Atemwegsinfekt, anderer	88 1,8%
R83 Atemwegsinfekt, anderer	73 1,7%	S75 Kandidose der Haut	83 1,7%
L82 Angeborene Anomalie muskuloskelettal	72 1,7%	L82 Angeborene Anomalie muskuloskelettal	82 1,7%
S87 Dermatitis/Atopisches Ekzem	72 1,7%	D83 Mund-/Zungen-/Lippenerkrankung	71 1,5%
S75 Kandidose der Haut	63 1,5%	S99 Hautkrankheit, andere	71 1,5%
S99 Hautkrankheit, andere	61 1,4%	R96 Asthma	69 1,4%
D83 Mund-/Zungen-/Lippenerkrankung	56 1,3%	R76 Tonsillitis, akute	68 1,4%
R76 Tonsillitis, akute	55 1,3%	D73 Gastroenteritis vermutlich infektiös	60 1,3%
H72 Muko-/Serotympanon/Paukenerguss	53 1,2%	S87 Dermatitis/Atopisches Ekzem	58 1,2%
R95 COPD	53 1,2%	X83 Angeborene Anomalie weibliches Genitale	52 1,1%
D73 Gastroenteritis vermutlich infektiös	52 1,2%	A76 Virales Exanthem, anderes	47 1,0%

Kühlein et al. 2010

Tabelle A19: Rugenbarg-Diagnosen Altersgruppe 0-4 Jahre

ICPC-Code Männlich	Diagnose- häufigkeit	ICPC-Code Weiblich	Diagnose- häufigkeit
R74 Infektion obere Atemwege, akute	38 33,0%	R74 Infektion obere Atemwege, akute	26 38,8 %
A97 Keine Erkrankung	9 7,8%	F70 Konjunktivitis, infektiöse	5 7,5%
S89 Windeldermatitis	6 5,2%	R76 Tonsillitis, akute	3 4,5%
F70 Konjunktivitis, infektiöse	4 3,5%	H71 Akute Mittelohrentzündung	3 4,5%
D12 Verstopfung	4 3,5%	R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	2 3,0%
A78 Infektiöse Erkrankung NNB, andere	4 3,5%	D12 Verstopfung	2 3,0%
R76 Tonsillitis, akute	3 2,6%	S87 Dermatitis/atopisches Ekzem	2 3,0%
R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	3 2,6%	S17 Abschürfung/Kratzer/Blase	2 3,0%
S87 Dermatitis/atopisches Ekzem	3 2,6%	D82 Zahn-/Zahnfleischerkrankung	1 1,5%
H71 Akute Mittelohrentzündung	3 2,6%	A97 Keine Erkrankung	1 1,5%
D96 Würmer, andere Parasiten	3 2,6%	D19 Zahn-/Zahnfleischartige Symptome	1 1,5%
D82 Zahn-/Zahnfleischerkrankung	2 1,7%	U71 Zystitis/Harnwegsinfekt	1 1,5%
D19 Zahn-Zahnfleischartige Symptome	2 1,7%	D73 Gastroenteritis, vermutlich infektiös	1 1,5%
D73 Gastroenteritis, vermutlich infektiös	2 1,7%	S14 Verbrennung/Verbrühung	1 1,5%
S74 Dermatophyten	2 1,7%	S89 Windeldermatitis	1 1,5%
S21 Hautbeschaffenheitssymptome	2 1,7%	S74 Dermatophytem	1 1,5%
P22 Verhaltensauffälligkeiten Kind	2 1,7%	S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	1 1,5%
S72 Krätze/andere Askariasis	1 0,9%	N80 Kopfverletzung, andere	1 1,5%
S14 Verbrennung/Verbrühung	1 0,9%	S12 Insektenbiss-/stich	1 1,5%
S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	1 0,9%	R05 Husten	1 1,5%

Tabelle A20: CONTENT-Diagnosen Altersgruppe 5-14 Jahre

ICPC-2-Code männlich n=6.274 (100%)	Beratungs- häufigkeit	ICPC-2-Code weiblich n=8.103 (100%)	Beratungs- häufigkeit
R74 Infektion obere Atemwege, akut	869 13,9%	R74 Infektion obere Atemwege, akut	1.124 13,9%
R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	524 8,4%	R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	715 8,8%
R99 Atemwegserkrankung, andere	385 6,1%	R99 Atemwegserkrankung, andere	459 5,7%
A77 Virale Erkrankung, andere NNB	235 3,7%	A77 Virale Erkrankung, andere NNB	324 4,0%
R96 Asthma	219 3,5%	R76 Tonsillitis, akute	321 4,0%
A78 Infektiöse Erkrankung, andere NNB	204 3,3%	A78 Infektiöse Erkrankung, andere NNB	301 3,7%
R76 Tonsillitis, akute	194 3,1%	S73 Pedikulose/Hautbefall, anderer	254 3,1%
F70 Konjunktivitis, infektiöse	140 2,2%	H71 Akute Mittelohrentzündung/ Myringitis	206 2,5%
H71 Akute Mittelohrentzündung/ Myringitis	138 2,2%	R96 Asthma	163 2,0%
R97 Heuschnupfen	115 1,8%	U71 Zystitis/Harnwegsinfekt, andere	154 1,9%
S88 Allergische-/Kontaktdermatitis	98 1,6%	F70 Konjunktivitis, infektiöse	151 1,9%
D73 Gastroenteritis vermutlich infektiös	97 1,5%	S88 Allergische-/Kontaktdermatitis	144 1,8%
Y81 Phimose/überschüssige Vorhaut	89 1,4%	R97 Heuschnupfen	115 1,4%
L81 Verletzung muskuloskelettal NNB	84 1,3%	D73 Gastroenteritis vermutlich infektiös	111 1,4%
L79 Verstauchung/Zerrung eines Gelenks NNB	83 1,3%	R75 Sinusitis, akute/chronische	101 1,2%
R75 Sinusitis, akute/chronische	82 1,3%	L79 Verstauchung/Zerrung eines Gelenks NNB	91 1,1%
S73 Pedikulose/Hautbefall, anderer	81 1,3%	L81 Verletzung muskuloskelettal NNB	89 1,1%
L99 Muskuloskelettale Erkrankung, andere	80 1,3%	L82 Angeborene Anomalie muskulo- skelettal	89 1,1%
R83 Atemwegsinfekt, anderer	69 1,1%	A92 Allergie/allergische Reaktion NNB	87 1,1%
L82 Angeborene Anomalie muskulo- skelettal	66 1,1%	L99 Muskuloskelettale Erkrankung, andere	87 1,1%

Kühlein et al. 2010

Tabelle A21: Rugenbarg-Diagnosen Altersgruppe 5-14 Jahre

ICPC-Code Männlich	Diagnose- häufigkeit		ICPC-Code Weiblich	Diagnose- häufigkeit	
R74 Infektion obere Atemwege, akute	25	26,6%	R74 Infektion obere Atemwege, akute	18	22,0%
F70 Konjunktivitis, infektiöse	7	7,4%	S73 Pedikulose/Hautbefall, anderer	9	11,0%
D82 Zahn-/Zahnfleischerkrankung	4	4,3%	D82 Zahn-/Zahnfleischerkrankung	6	7,3%
R76 Tonsillitis, akute	4	4,3%	F70 Konjunktivitis, infektiöse	3	3,7%
A97 Keine Erkrankung	4	4,3%	R76 Tonsillitis, akute	2	2,4%
S17 Abschürfung/Kratzer/Blase	4	4,3%	S87 Dermatitis, atopisches Ekzem	2	2,4%
L79 Verstauchung/Zerrung eines Gelenks	4	4,3%	S17 Abschürfung/Kratzer/Blase	2	2,4%
L77 Verstauchung/Zerrung Sprunggelenk	4	4,3%	L79 Verstauchung/Zerrung eines Gelenks	2	2,4%
R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	3	3,2%	D73 Gastroenteritis, vermutlich infektiös	2	2,4%
D87 Magenfunktionsstörung	2	2,1%	P75 Somatisierungsstörung	2	2,4%
S87 Dermatitis/atopisches Ekzem	2	2,1%	S14 Verbrennung/Verbrühung	2	2,4%
R96 Asthma	2	2,1%	R21 Hals-/Rachensymptome	2	2,4%
N80 Kopfverletzung, andere	2	2,1%	R97 Heuschnupfen	2	2,4%
F71 Konjunktivitis, allergische	2	2,1%	P12 Bettnässen/Enuresis	2	2,4%
L84 Rückensyndrom ohne Schmerzausstrahlung	1	1,1%	D87 Magenfunktionsstörung	1	1,2%
D12 Verstopfung	1	1,1%	L84 Rückensyndrom ohne Schmerzausstrahlung	1	1,2%
S10 Furunkel/Karbunkel	1	1,1%	U70 Pyelonephritis/Pyelitis	1	1,2%
D73 Gastroenteritis, vermutlich infektiös	1	1,1%	K88 Orthostatische Dyregulation	1	1,2%
S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert	1	1,1%	H81 Übermäßige Ohrschmalzbildung	1	1,2%
H70 Otitis externa	1	1,1%	H71 Akute Mittelohrentzündung	1	1,2%

Tabelle A22: CONTENT-Diagnosen Altersgruppe 15-24 Jahre

ICPC-2-Code männlich n=10.126 (100%)	Beratungs- häufigkeit	ICPC-2-Code weiblich n=15.363 (100%)	Beratungs- häufigkeit
R74 Infektion obere Atemwege, akut	1.151 11,4%	R74 Infektion obere Atemwege, akut	1.592 10,4%
R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	632 6,2%	R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	887 5,8%
A77 Virale Erkrankung, andere NNB	470 4,6%	U71 Zystitis/Harnwegsinfekt, andere	687 4,5%
L99 Muskuloskelettale Erkrankung, andere	446 4,4%	R76 Tonsillitis, akute	576 3,7%
D73 Gastroenteritis vermutlich infektiös	404 4,0%	A77 Virale Erkrankung, andere NNB	546 3,6%
R76 Tonsillitis, akute	341 3,4%	L99 Muskuloskelettale Erkrankung, andere	541 3,5%
R75 Sinusitis, akute/chronische	316 3,1%	R75 Sinusitis, akute/chronische	497 3,2%
D87 Magenfunktionsstörung	234 2,3%	D87 Magenfunktionsstörung	450 2,9%
L79 Verstauchung/Zerrung eines Gelenks NNB	227 2,2%	D73 Gastroenteritis vermutlich infektiös	442 2,9%
A78 Infektiöse Erkrankung, andere NNB	213 2,1%	A78 Infektiöse Erkrankung, andere NNB	289 1,9%
R80 Influenza	195 1,9%	T99 Endokrinologische/metabolische/Ernährungsbedingte Erkrankung, andere	242 1,6%
L81 Verletzung muskuloskelettal NNB	181 1,8%	S88 Allergische-/Kontaktdermatitis	237 1,5%
L77 Verstauchung/Zerrung des Sprunggelenks	171 1,7%	L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB	215 1,4%
R97 Heuschnupfen	168 1,7%	R80 Influenza	214 1,4%
R96 Asthma	165 1,6%	P76 Depressive Störung	206 1,3%
L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB	134 1,3%	L79 Verstauchung/Zerrung eines Gelenks NNB	198 1,3%
S88 Allergische-/Kontaktdermatitis	134 1,3%	R97 Heuschnupfen	197 1,3%
S96 Akne	131 1,3%	N89 Migräne	196 1,3%
L74 Fraktur: Hand-/Fußknochen	100 1,0%	R96 Asthma	193 1,3%
P76 Depressive Störung	100 1,0%	S96 Akne	181 1,2%

Kühlein et al. 2010

Tabelle A23: Rugenbarg-Diagnosen Altersgruppe 15-24 Jahre

ICPC-Code Männlich	Diagnose- häufigkeit		ICPC-Code Weiblich	Diagnose- häufigkeit	
R74 Infektion obere Atemwege, akute	49	21,1%	R74 Infektion obere Atemwege, akute	24	15,4%
D82 Zahn-/Zahnfleischerkrankung	19	8,2%	D82 Zahn-/Zahnfleischerkrankung	9	5,8%
R76 Tonsillitis, akute	11	4,7%	D87 Magenfunktionsstörung	7	4,5%
S10 Furunkel/Karbunkel	8	3,4%	A97 Keine Erkrankung	6	3,8%
D87 Magenfunktionsstörung	7	3,0%	X72 Vaginalmykose/Candidiasis	6	3,8%
A98 Gesundheitsförderung	6	2,6%	N95 Spannungskopfschmerz	5	3,2%
S17 Abschürfung/Kratzer/Blase	5	2,2%	R76 Tonsillitis, akute	4	2,6%
S96 Akne	5	2,2%	F70 Konjunktivitis, infektiöse	4	2,6%
F70 Konjunktivitis, infektiöse	4	1,7%	L84 Rückensyndrom ohne Schmer- zaustrahlung	4	2,6%
L84 Rückensyndrom ohne Schmer- zaustrahlung	4	1,7%	D12 Verstopfung	4	2,6%
D12 Verstopfung	4	1,7%	D73 Gastroenteritis, vermutlich in- feksiös	4	2,6%
L79 Verstauchung/Zerrung eines Gelenks	4	1,7%	S96 Akne	4	2,6%
D19 Zahn-/Zahnfleischerkrankung	4	1,7%	U71 Zystitis/Harnwegsinfekt	3	1,9%
L15 Kniesymptome	4	1,7%	P76 Depressive Störung	3	1,9%
S72 Krätze/andere Askariasis	4	1,7%	B80 Eisenmangelanämie	3	1,9%
A97 Keine Erkrankung	3	1,3%	W78 Schwangerschaft	3	1,9%
R75 Sinusitis akute/chronische	3	1,3%	K88 Orthostatische Dysregulation	3	1,9%
U71 Zystitis/Harnwegsinfekt	3	1,3%	X17 Unterbauch-/Unterleibssymp- tome	3	1,9%
S24 Haar-/Kopfhautsymptome	3	1,3%	R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	2	1,3%
R21 Hals-/Rachensymptome	3	1,3%	S73 Pedikulose/Hautbefall, anderer	2	1,3%

Tabelle A24: CONTENT-Diagnosen Altersgruppe 25-44 Jahre

ICPC-2-Code männlich n=23.229 (100%)	Beratungs- häufigkeit		ICPC-2-Code weiblich n=39.024 (100%)	Beratungs- häufigkeit	
R74 Infektion obere Atemwege, akut	2.111	9,1%	R74 Infektion obere Atemwege, akut	3.110	8,0%
R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	1.288	5,5%	R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	2.357	6,0%
L99 Muskuloskelettale Erkrankung, andere	1.264	5,4%	L99 Muskuloskelettale Erkrankung, andere	1.904	4,9%
R75 Sinusitis, akute/chronische	687	3,0%	R75 Sinusitis, akute/chronische	1.364	3,5%
A77 Virale Erkrankung, andere NNB	686	3,0%	U71 Zystitis/Harnwegsinfekt, andere	1.286	3,3%
D73 Gastroenteritis vermutlich infektiös	559	2,4%	P76 Depressive Störung	985	2,5%
K86 Bluthochdruck, unkomplizierter	505	2,2%	A77 Virale Erkrankung, andere NNB	954	2,4%
L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB	504	2,2%	D87 Magenfunktionsstörung	815	2,1%
A78 Infektiöse Erkrankung, andere NNB	444	1,9%	R76 Tonsillitis, akute	812	2,1%
R76 Tonsillitis, akute	443	1,9%	T99 Endokrinologische/metabolische/ ernährungsbedingte Erkrankung, andere	748	1,9%
R80 Influenza	440	1,9%	L83 Halswirbelsäulensyndrom	713	1,8%
L86 Rückensyndrom mit Schmerz- ausstrahlung	437	1,9%	A78 Infektiöse Erkrankung, andere NNB	683	1,8%
D87 Magenfunktionsstörung	435	1,9%	D73 Gastroenteritis vermutlich infektiös	637	1,6%
P76 Depressive Störung	374	1,6%	L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB	632	1,6%
L83 Halswirbelsäulensyndrom	348	1,5%	L86 Rückensyndrom mit Schmerz- ausstrahlung	576	1,5%
T93 Fettstoffwechselstörung	315	1,4%	S88 Allergische-/Kontaktdermatitis	554	1,4%
S88 Allergische-/Kontaktdermatitis	311	1,3%	R80 Influenza	523	1,3%
L81 Verletzung muskuloskelettal NNB	305	1,3%	K86 Bluthochdruck, unkomplizierter	505	1,3%
R97 Heuschnupfen	296	1,3%	P78 Neurasthenie	480	1,2%
L84 Rückensyndrom ohne Schmerz- ausstrahlung	293	1,3%	T81 Struma	477	1,2%

Kühlein et al. 2010

Tabelle A25: Rugenbarg-Diagnosen Altersgruppe 25-44 Jahre

ICPC-Code Männlich	Diagnose- häufigkeit		ICPC-Code Weiblich	Diagnose- häufigkeit	
R74 Infektion obere Atemwege, akute	51	20,0%	R74 Infektion obere Atemwege, akute	21	10,9%
D82 Zahn-/Zahnfleischerkrankung	25	9,8%	D82 Zahn-/Zahnfleischerkrankung	11	5,7%
D87 Magenfunktionsstörung	11	4,3%	R76 Tonsillitis, akute	8	4,1%
R76 Tonsillitis, akute	10	3,9%	A97 Keine Erkrankung	8	4,1%
R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	10	3,9%	D87 Magenfunktionsstörung	5	2,6%
A97 Keine Erkrankung	6	2,4%	L84 Rückensyndrom ohne Schmerzausstrahlung	5	2,6%
F70 Konjunktivitis, infektiöse	5	2,0%	U71 Zystitis/Harnwegsinfekt	5	2,6%
L84 Rückensyndrom ohne Schmerzausstrahlung	5	2,0%	P76 Depressive Störung	5	2,6%
S87 Dermatitis/atopisches Ekzem	5	2,0%	F70 Konjunktivitis, infektiöse	4	2,1%
R75 Sinusitis akute/chronische	5	2,0%	S73 Pedikulose/Hautbefall, anderer	4	2,1%
K96 Hämorrhoiden	5	2,0%	R75 Sinusitis akute/chronische	4	2,1%
D12 Verstopfung	4	1,6%	D19 Zahn-/Zahnfleischartymptome	4	2,1%
N95 Spannungskopfschmerz	3	1,2%	B80 Eisenmangelanämie	4	2,1%
R96 Asthma	3	1,2%	W78 Schwangerschaft	4	2,1%
D03 Sodbrennen	3	1,2%	T86 Hypothyreose	4	2,1%
S73 Pedikulose/Hautbefall, anderer	2	0,8%	F17 Brille Symptome	4	2,1%
S17 Abschürfung/Kratzer/Blase	2	0,8%	L15 Kniesymptome	3	1,6%
L79 Verstauchung/Zerrung eines Gelenks	2	0,8%	P75 Somatisierungsstörung	3	1,6%
S10 Furunkel/Karbunkel	2	0,8%	U70 Pyelonephritis/Pyelitis	3	1,6%
L15 Kniesymptome	2	0,8%	X17 Unterbauch-/Unterleibssymptome	3	1,6%

Tabelle A26: CONTENT-Diagnosen Altersgruppe 45-64 Jahre

ICPC-2-Code männlich n=34.516 (100%)	Beratungs- häufigkeit		ICPC-2-Code weiblich n=5862 (100%)	Beratungs- häufigkeit	
K86 Bluthochdruck, unkomplizierter	2.156	6,2%	L99 Muskuloskelettale Erkrankung, andere	2.356	5,1%
L99 Muskuloskelettale Erkrankung, andere	1.577	4,6%	K86 Bluthochdruck, unkomplizierter	2.173	4,7%
R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	1.503	4,4%	R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	2.030	4,4%
R74 Infektion obere Atemwege, akut	1.366	4,0%	R74 Infektion obere Atemwege, akut	1.869	4,1%
T93 Fettstoffwechselstörung	1.118	3,2%	P76 Depressive Störung	1.449	3,2%
T90 Diabetes mellitus, primär nicht insulinabhängig	994	2,9%	U71 Zystitis/Harnwegsinfekt, andere	1.333	2,9%
L86 Rückensyndrom mit Schmerz- ausstrahlung	846	2,5%	T99 Endokrinologische/metabolische/ ernährungsbedingte Erkrankung, andere	1.114	2,4%
L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB	802	2,3%	L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB	1.076	2,3%
T99 Endokrinologische/metabolische/ ernährungsbedingte Erkrankung, andere	715	2,1%	T93 Fettstoffwechselstörung	1.011	2,2%
L83 Halswirbelsäulensyndrom	590	1,7%	L86 Rückensyndrom mit Schmerz- ausstrahlung	894	1,9%
L92 Schultersyndrom	557	1,6%	R75 Sinusitis, akute/chronische	874	1,9%
P76 Depressive Störung	548	1,6%	T81 Struma	842	1,8%
K76 Ischämische Herzerkrankung ohne Angina	534	1,5%	L83 Halswirbelsäulensyndrom	835	1,8%
R75 Sinusitis, akute/chronische	502	1,5%	T90 Diabetes mellitus, primär nicht insulinabhängig	769	1,7%
D87 Magenfunktionsstörung	492	1,4%	D87 Magenfunktionsstörung	758	1,7%
S88 Allergische-/Kontaktdermatitis	485	1,4%	S88 Allergische-/Kontaktdermatitis	686	1,5%
A91 Unerklärlicher Befund einer Unter- suchung/NNB	447	1,3%	K95 Varikosis der Beine	611	1,3%
A77 Virale Erkrankung, andere NNB	435	1,3%	A77 Virale Erkrankung, andere NNB	575	1,3%
A78 Infektiöse Erkrankung, andere NNB	418	1,2%	A78 Infektiöse Erkrankung, andere NNB	564	1,2%
L84 Rückensyndrom ohne Schmerz- ausstrahlung	380	1,1%	L92 Schultersyndrom	548	1,2%

Kühlein et al. 2010

Tabelle A27: Rugenbarg-Diagnosen Altersgruppe 45-64 Jahre

ICPC-Code Männlich	Diagnose- häufigkeit		ICPC-Code Weiblich	Diagnose- häufigkeit	
R74 Infektion obere Atemwege, akute	12	32,4%	R74 Infektion obere Atemwege, akute	4	6,5%
D82 Zahn-/Zahnfleischerkrankung	5	13,5%	D87 Magenfunktionsstörung	4	6,5%
L84 Rückensyndrom ohne Schmerzausstrahlung	3	8,1%	R76 Tonsillitis, akute	3	4,8%
D12 Verstopfung	3	8,1%	K85 Erhöhter Blutdruck	3	4,8%
K85 Erhöhter Blutdruck	3	8,1%	L90 Arthrose des Knies	3	4,8%
U70 Pyelonephritis/Pyelitis	2	5,4%	D82 Zahn-/Zahnfleischerkrankung	2	3,2%
T90 Diabetes, primär insulinunabh.	2	5,4%	P75 Somatisierungsstörung	2	3,2%
R76 Tonsillitis, akute	1	2,7%	B80 Eisenmangelanämie	2	3,2%
D87 Magenfunktionsstörung	1	2,7%	H70 Otitis externa	2	3,2%
A97 Keine Erkrankung	1	2,7%	F70 Konjunktivitis, infektiöse	1	1,6%
R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	1	2,7%	L84 Rückensyndrom ohne Schmerzausstrahlung	1	1,6%
S87 Dermatitis/atopisches Ekzem	1	2,7%	S87 Dermatitis/atopisches Ekzem	1	1,6%
R75 Sinusitis akute/chronische	1	2,7%	U71 Zystitis/Harnwegsinfekt	1	1,6%
D19 Zahn-/Zahnfleischsymptome	1	2,7%	N95 Spannungskopfschmerz	1	1,6%
S10 Furunkel/Karbunkel	1	2,7%	L15 Kniesymptome	1	1,6%
L15 Kniesymptome	1	2,7%	D73 Gastroenteritis, vermutlich infektiös	1	1,6%
A98 Gesundheitsförderung	1	2,7%	P76 Depressive Störung	1	1,6%
H81 Übermäßige Ohrschmalzbildung	1	2,7%	X72 Vaginalmykose/Candidiasis	1	1,6%
T86 Hypothyreose	1	2,7%	W78 Schwangerschaft	1	1,6%
S74 Dermatophyten	1	2,7%	S14 Verbrennung/Verbrühung	1	1,6%

Tabelle A28: CONTENT-Diagnosen Altersgruppe 65-74 Jahre

ICPC-2-Code männlich n= 19.554 (100%)	Beratungs- häufigkeit		ICPC-2-Code weiblich n=24.257 (100%)	Beratungs- häufigkeit	
K86 Bluthochdruck, unkomplizierter	1.581	8,1%	K86 Bluthochdruck, unkomplizierter	1.855	7,6%
T90 Diabetes mellitus, primär nicht insulinabhängig	874	4,5%	T90 Diabetes mellitus, primär nicht insulinabhängig	967	4,0%
T93 Fettstoffwechselstörung	708	3,6%	U71 Zystitis/Harnwegsinfekt, andere	806	3,3%
L99 Muskuloskeletale Erkrankung, andere	538	2,8%	L99 Muskuloskeletale Erkrankung, andere	798	3,3%
R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	536	2,7%	T93 Fettstoffwechselstörung	788	3,2%
T99 Endokrinologische/metabolische/ernährungsbedingte Erkrankung, andere	467	2,4%	R78 Akute Bronchitis/Bronchiolitis	673	2,8%
K76 Ischämische Herzerkrankung ohne Angina	424	2,2%	T99 Endokrinologische/metabolische/ernährungsbedingte Erkrankung, andere	552	2,3%
Y85 Benigne Prostatahypertrophie	404	2,1%	L91 Arthrose, andere	503	2,1%
L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB	331	1,7%	P76 Depressive Störung	468	1,9%
B83 Purpura/Gerinnungsstörung	310	1,6%	R74 Infektion obere Atemwege, akut	463	1,9%
K77 Herzinsuffizienz	309	1,6%	L90 Arthrose des Knies	455	1,9%
A91 Unerklärlicher Befund einer Untersuchung/NNB	306	1,6%	L86 Rückensyndrom mit Schmerzausstrahlung	429	1,8%
R74 Infektion obere Atemwege, akut	303	1,5%	L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB	422	1,7%
B82 Anämie, andere/unspezifisch	291	1,5%	T81 Struma	387	1,6%
S88 Allergische-/Kontaktdermatitis	277	1,4%	K95 Varikosis der Beine	368	1,5%
L86 Rückensyndrom mit Schmerzausstrahlung	254	1,3%	S88 Allergische-/Kontaktdermatitis	364	1,5%
L92 Schulter Syndrom	249	1,3%	B82 Anämie, andere/unspezifisch	312	1,3%
L91 Arthrose, andere	246	1,3%	L92 Schulter Syndrom	312	1,3%
R95 COPD	241	1,2%	D87 Magenfunktionsstörung	303	1,2%
L90 Arthrose des Knies	225	1,2%	L83 Halswirbelsäulensyndrom	286	1,2%


Kühlein et al. 2010

Tabelle A29: Rugenbarg-Diagnosen Altersgruppe 65-74 Jahre

ICPC-Code Männlich	Diagnose- häufigkeit		ICPC-Code Weiblich	Diagnose- häufigkeit	
R74 Infektion obere Atemwege, akute	1	9,1%	R74 Infektion obere Atemwege, akute	3	27,3%
D87 Magenfunktionsstörung	1	9,1%	D82 Zahn-/Zahnfleischerkrankung	1	9,1%
L84 Rückensyndrom ohne Schmerzausstrahlung	1	9,1%	N01 Kopfschmerz	1	9,1%
R96 Asthma	1	9,1%	L90 Arthrose des Knies	1	9,1%
K85 Erhöhter Blutdruck	1	9,1%	F72 Blepharitis/ Hagelkorn/Gerstenkorn	1	9,1%
L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB	1	9,1%	T90 Diabetes, primär insulinunabhängig	1	9,1%
K99 Herz-/Gefäßerkrankung, andere	1	9,1%	L78 Verstauchung/Zerrung des Knies	1	9,1%
P82 Posttraumatische Stressstörung	1	9,1%	S99 Hautkrankheit, andere	1	9,1%
T05 Ernährungsproblem Erwachsener	1	9,1%	K86 Bluthochdruck, unkomplizierter	1	9,1%
K77 Herzinsuffizienz	1	9,1%			
B81 Anämie Vit. B12/Folsäuremangel	1	9,1%			

10.3 Instrumente


Instrument 1: Auf den folgenden 2 Seiten

ICPC-2 Deutsch/German International Classification of Primary Care – 2nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC) 	Blut, blutbild. Organe, Immunsystem B	Auge	F Bewegungsapparat L
Prozeduren-Codes -30 Ärztliche Untersuchung - komplett -31 Ärztliche Untersuchung - teilweise -32 Allergie-/ Sensitivitätstestung -33 Mikrobiol./Immunol. Untersuchung -34 Blutuntersuchung -35 Urinuntersuchung -36 Stuhluntersuchung -37 Histo/zytologische Untersuchung -38 Laboruntersuchung, andere NAK -39 Körperliche Funktionsprüfung -40 Diagnostische Endoskopie -41 Diagnostisches Röntgen/Bildgebung -42 Elektrokardiogramm -43 Diagnostische Untersuchung, andere -44 Präventive Impfung/Medikation -45 Beobachtung/Schulung/Beratung/Diät -46 Konsult. eines and. Grundversorgers -47 Konsultation eines Facharztes -48 Klärung des Beratungsanlasses -49 Vorsorgemaßnahme, andere -50 Medikation/Verschreibung/Injektion -51 Inzision/Drainage/Spülung/Absaugung -52 Exzision/Biopsie -53 Instr. Manipulation/Katheter/Intubation -54 Verschluss/Fixierung/Naht/Prothese -55 Lokale Injektion/Infiltration -56 Verband/Kompression/Tamponade -57 Physikalische Therapie/Rehabilitation -58 Therapeutische Beratung/Zuhören -59 Therap. Maßn./kl. Chir., andere NAK -60 Testresu./Ergebnis eigene Maßnahme -61 Ergebnis Untersuchung/Brief, anderer -62 Administrative Maßnahme -63 Folgevorstellung unspezifiziert -64 Konsult. auf Initiative Leistungser. -65 Konsultation auf Initiative Dritter -66 ÜW an and. Leistungser./Pflegekraft -67 ÜW an einen Arzt/Spezialisten -68 Überweisungen, andere NAK -69 Beratungsanlass, anderer NAK	B02 Lymphknoten vergrößert/schmerzhaft B04 Blutsymptomatik / Beschwerden B25 Angst vor HIV / AIDS B26 Angst vor bösart. Blut-/Lymphkranke. B27 Angst v. anderer Blut-/Lymphkranke. B28 Funktionseinschr./Behinderung (B) B29 Beschw. Lymph-/Immunsystem, andere B70 Lymphadenitis, akute B71 Lymphadenitis, chron./unspezifische B72 Morbus Hodgkin/Lymphom B73 Leukämie B74 Maligne Bluterkrankung, andere B75 Benigne/unspezifische Blutneubildung B76 Milzruptur, traumatische B77 Verletzung Blut/Lymph-/Milz, andere B78 Vererbliche hämolytische Anämie B79 Angeb. Anomalie Blut/Lymphsystem B80 Eisenmangelanämie B81 Anämie Vitamin B12/Folsäuremangel B82 Anämie unspezifisch, andere B83 Purpura/Gerinungsstörung B84 Ungeklärte abnorme Leukozyten B87 Splenomegalie B90 HIV-Infektion/AIDS B99 Blut-/Lymph-/Milzkrankung, andere	F01 Augenschmerz F02 Augenrötung F03 Augenausfluss/-absonderung F04 Mouches volantes F05 Sehstörung, andere F13 Auge Empfindungsstörung F14 Auge abnorme Bewegung F15 Auge abnormes Aussehen F16 Augenlid Symptome/Beschwerden F17 Brille Symptome/Beschwerden F18 Kontaktlinsen Symptome/Beschw. F27 Angst vor Augenerkrankung F28 Funktionseinschr./Behinderung (F) F29 Auge Symtome/Beschw., andere F70 Konjunktivitis, infektiöse F71 Konjunktivitis, allergische F72 Blepharitis/ Hagelkorn/Gerstenkorn F73 Augeninfektion/-entzündung, and. F74 Neubild. Auge/Anhangsgebilde F75 Kontusion/Blutung im Auge F76 Fremdkörper im Auge F79 Augenverletzung, andere F80 Tränenkanalverschluss Kleinkind F81 Angeb. Anomalie Auge, andere F82 Netzhautablösung F83 Retinopathie F84 Maculadegeneration F85 Cornealulcus F86 Trachom F91 Refraktionsfehler F92 Katarakt F93 Glaukom F94 Blindheit F95 Strabismus F99 Auge/Anhangsgeb. Erkrank., and.	L01 Nackensymptomatik/-beschwerden L02 Rückensympt./-beschwerd. BWS/n.s. L03 Untere Rückensympt./-beschwerd. L04 Brustkorbsympt./-beschwerd. (L) L05 Flanken-/Achselnsympt./-beschwerd. L07 Kiefersymptomatik/-beschwerden L08 Schultersymptomatik/-beschwerden L09 Armsymptomatik/-beschwerden L10 Ellbogensymptomatik/-beschwerden L11 Handgelenksymptomatik L12 Hand-/ Fingersympt./-beschwerd. L13 Hüftsymptomatik/-beschwerden L14 Beinsymptome/-beschwerden L15 Kniesymptomatik/-beschwerden L16 Sprunggelenksympt./-beschwerden L17 Fuß-/Zehensympt./-beschwerden L18 Muskelschmerzen L19 Muskelsymptomatik/-beschwerd. NNB L20 Gelenksymptomatik/-beschwerd. NNB L26 Angst vor Krebs, muskuloskeletal L27 Angst muskuloskel. Erkrankung, and. L28 Funktionseinschr./Behinderung (L) L29 Muskuloskel. Sympt./Beschw. andere L70 Infektion des muskuloskelet. Systems L71 Bösartige Neubild., muskuloskelet. L72 Fraktur Radius/Ulna L73 Fraktur Tibia/Fibula L74 Fraktur Hand-/Fußknochen L75 Fraktur Femur L76 Fraktur, andere L77 Verstauchung/Zerrung Sprunggelenk L78 Verstauchung /Zerrung des Knies L79 Verstauchung /Zerrung eines Gelenks L80 Luxation/Subluxation Gelenk L81 Verletzung muskuloskeletär NNB L82 Angeb. Anomalie muskuloskelet. L83 Halswirbelsäulensyndrom L84 Rückensyndrom ohne Schmerzaustr. L85 Erworbene Deformierung Wirbelsäule L86 Rückensyndrom mit Schmerzaustr. L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB L88 Rheumatoide/Seropositive Arthritis L89 Arthrose der Hüfte L90 Arthrose des Knies L91 Arthrose, andere L92 Schultersyndrom L93 Tennisellbogen L94 Osteochondrose L95 Osteoporose L96 Akuter Kniebinnenschaden L97 Neubild. muskuloskelet. quater. n.s. L98 Erworbene Deformität Extremität L99 muskuloskelet.Erkrankung, andere
Allgemein und unspezifisch A A01 Schmerz generalisiert/mehrere Stellen A02 Frösteln A03 Fieber A04 Schwäche/allgemeine Müdigkeit A05 Unwohlsein A06 Ohnmacht/Synkope A07 Koma A08 Schwellung A09 Übermäßiges Schwitzen A10 Blutung/Hämorrhagie NNB A11 Brustschmerz NNB A13 Besorgnis ü./Angst vor med. Behandl. A16 Unruhiges Kleinkind A18 Besorgnis über äußere Erscheinung A20 Gespräch über/Bitte um Sterbehilfe A21 Risikofaktoren bösartige Neubildung A23 Risikofaktoren NNB A25 Angst vor dem Tod / Sterben A26 Angst vor Krebserkrankung NNB A27 Angst vor anderer Krankheit NNB A28 Funktionseinschr./Behinderung (A) A29 Allgemeinsympt./-beschw. andere A70 Tuberkulose A71 Masern A72 Windpocken A73 Malaria A74 Röteln A75 Infektiöse Mononukleose A76 Virales Exanthem NNB, andere A77 Virale Erkrankung NNB, andere A78 Infektiöse Erkrankung NNB, andere A79 Malignom NNB A80 Trauma/Verletzung NNB A81 Polytrauma/Verletzungen A82 Sekundäreffekte eines Traumas A84 Vergiftung durch mediz. Substanz A85 Unerwünschte Wirk. e. Medikaments A86 Toxischer Effekt nichtmed. Substanz A87 Komplikation mediz. Behandlung A88 Schädli. Folge physikal. Einwirkung A89 Kompl./Auswirk. Prothesenversorgung A90 Angeborene Anomalie/NNB A91 Pathol. Befund e. Untersuchung NNB A92 Allergie/allergische Reaktion NNB A93 Unreifes Neugeborenes A94 Perinatale Erkrankung, andere A95 Perinataler Tod A96 Tod A97 Keine Erkrankung A98 Gesundheitsförderung/Präventiv.Med. A99 Erkrankung o. bek. Ursache/ Lokalis.	PROZEDUREN-CODES SYMPTOME INFEKTIONEN NEUBILDUNGEN VERLETZUNGEN FEHLBILDUNGEN ANDERE DIAGNOSEN	Ohr H H01 Ohrschmerz H02 Hörstörung H03 Tinnitus, Klingeln, Brummen H04 Ausfluss Ohr H05 Blutung Ohr H13 Verstopfungsgefühl Ohr H15 Besorg. ü. äußere Erscheinung Ohr H27 Angst vor Ohrenerkrankung H28 Funktionseinschr./Behinderung (H) H29 Ohrensympt./-beschw., andere H70 Otitis externa H71 Akute Mittelohrentzündung H72 Muko-/Serotympanon, Paukenerg. H73 Tubenkatarrh/-ventilationsstörung H74 Chronische Mittelohrentzündung H75 Neubildung im/am Ohr H76 Fremdkörper im Ohr H77 Perforation Trommelfell H78 Oberflächliche Verletzung Ohr H79 Ohrenverletzung, andere H80 Angeborene Anomalie Ohr H81 Übermäßige Ohrschmalzbildung H82 Schwindelsyndrom H83 Otosklerose H84 Altersschwerhörigkeit H85 Akustisches Trauma H86 Taubheit/ Schwerhörigkeit H99 Ohr-/Mastoiderkrankung, andere	Neurologisch N N01 Kopfschmerz N03 Gesichtsschmerz N04 Restless legs N05 Kribbeln Finger/Füße/ Zehen N06 Empfindungsstörung, andere N07 Krampfanfälle/neurologische Anfälle N08 Abnorme unwillkürliche Bewegungen N16 Geruchs-/Geschmacksstörung N17 Schwindel/Benommenheit N18 Lähmung/Schwäche N19 Sprachstörung N26 Angst vor Krebs des Nervensystems N27 Angst vor anderem Nervenleiden N28 Funktionseinschr./Behinderung (N) N29 Neurolog. Beschwerden, andere N70 Poliomyelitis N71 Meningitis/Enzephalitis N72 Tetanus N73 Neurologische Infektion, andere N74 Bösartige Neubildung Nervensystem N75 Gutartige Neubildung Nervensystem N76 Neubild. Nervensystem nicht spez. N79 Gehirnerschütterung N80 Kopfverletzung, andere N81 Verletzung Nervensystem, andere N85 Angeborene Anomalie Nervensystem N86 Multiple Sklerose N87 Morbus Parkinson N88 Epilepsie N89 Migräne N90 Cluster-Kopfschmerzen N91 Fazialisparese N92 Trigeminalneuralgie N93 Carpalunnelsyndrom N94 Periphere Neuritis/Neuropathie N95 Spannungskopfschmerz N99 Neurologische Erkrankung, andere
	Verdauungssystem D D01 Bauchschmerzen/-krämpfe, general. D02 Bauchschmerzen, epigastrische D03 Sodbrennen D04 Rektale/ anale Schmerzen D05 Perianaler Juckreiz D06 Bauchschmerzen, andere Lokalisation D07 Dyspepsie/Verdauungsstörung D08 Flatulenz/Blähungen D09 Übelkeit D10 Erbrechen D11 Durchfall D12 Verstopfung D13 Gelbsucht D14 Bluterbrechen/Hämatemesis D15 Melaena/Teerstuhl D16 Rektale Blutung D17 Stuhlinkontinenz D18 Veränderung Stuhlgang/Verdauung D19 Zahn-/Zahnfleischsympt./-beschw. D20 Mund-/Zungen-/Lippenbeschwerden D21 Schluckbeschwerden D23 Hepatomegalie D24 Abdom. Tastbefund/Resistenz NNB D25 Aufgetriebenes Abdomen/Spannung D26 Angst vor Krebs Verdauungsorgane D27 Angst v. Erkrank. Verdauungss., and. D28 Funktionseinschr./Behinderung (D) D29 Beschw. Verdauungssystem, andere D70 Gastrointest. Infekt., Erreger gesichert D71 Mumps D72 Virushepatitis D73 Gastroenteritis vermutlich infektiös D74 Bösartige Neubildung Magen D75 Bösartige Neubildung Colon/Rektum D76 Bösartige Neubildung Pankreas D77 Bösartige Neubild., andere/NNB (D) D78 Neubild. Verdauungssyst., benign/n.s. D79 Fremdkörper im Verdauungssystem D80 Verletzung des Verdauungssystems D81 Angeb. Anomalie d. Verdauungssyst D82 Zahn-/Zahnfleischkrankung D83 Mund-/Zungen-/Lippenerkrankung D84 Speiseröhrenerkrankung D85 Duodenalulkus D86 Peptisches Ulkus, anderes D87 Magenfunktionsstörung D88 Appendizitis D89 Leistenhernie D90 Hiatushernie D91 Abdominelle Hernie, andere D92 Divertikulose/Divertikulitis D93 Reizdarmsyndrom D94 Chron. entzündl. Darmerkr./Colitis D95 Analfissur/perianaler Abszeß D96 Würmer/andere Parasiten D97 Lebererkrankung NNB D98 Cholezystitis/Cholelithiasis D99 Erkrankung Verdauungssyst., andere	Kreislauf K K01 Herzschmerz K02 Druck/Engegefühl des Herzens K03 Herz-/Gefäßschmerz, NNB K04 Palpitation K05 Unregelmäßige Herzschlag, and. K06 Auffälligkeiten venös/kapillär K07 Geschwollene Knöchel/Ödeme K22 Risiko Herz-/Gefäßkrankung K24 Angst vor Herzerkrankung K25 Angst vor Bluthochdruck K27 Angst vor anderer Erkrankung (K) K28 Funktionseinschr./Behinderung (K) K29 Herz-/Gefäßbeschwerden, andere K70 Infektion des Herz-/Kreislaufsys. K71 Rheumat. Fieber/Herzkrank. K72 Neubildung Herz/Gefäßsystem K73 Angeb. Anomalie Herz/Gefäßsystem K74 Ischäm. Herzerkrankung mit Angina K75 Akuter Myokardinfarkt K76 Ischäm. Herzerkrank. ohne Angina K77 Herzinsuffizienz K78 Vorhofflimmern/-flattern K79 Paroxysmale Tachykardie K80 Herzrhythmusstörung NNB K81 Herz-/Arterielles Geräusch NNB K82 Pulmonale Herzerkrankung K83 Herzklappenerkrankung NNB K84 Herzerkrankung, andere K85 Erhöhter Blutdruck K86 Bluthochdruck, unkomplizierter K87 Bluthochdruck, komplizierter K88 Orthostatische Dysregulation K89 Transiente zerebrale Ischämie K90 Schlaganfall/zerebrovasc. Insult K91 Zerebrovaskuläre Erkrankung K92 Atherosklerose, pAVK K93 Lungenembolie K94 Phlebitis/Thrombose K95 Varikosis der Beine K96 Hämorrhoiden K99 Herz-/Gefäßkrankung, andere	



Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeinmedizin u. Versorgungsforschung
Voßstraße 2, Gebäude 37
D-69115 Heidelberg

www.content-info.org

<p>Psychologisch P</p> <p>P01 Gefühl Angst/Unruhe/Spannung P02 Akute Stressreaktion P03 Depressives Gefühl P04 Reizbares/ärgerl. Gefühl/Verhalten P05 Senilität, sich alt fühlen/benehmen P06 Schlafstörung P07 Vermindertes sexuelles Verlangen P08 Verminderte sexuelle Erfüllung P09 Besorgnis wegen sexueller Präferenz P10 Stammeln/Stottern/Tic P11 Essstörung beim Kind P12 Bettnässen/Enuresis P13 Enkopresis/Stuhlkontrollproblem P15 Chronischer Alkoholmissbrauch P16 Akuter Alkoholmissbrauch P17 Tabakmissbrauch P18 Medikamentenmissbrauch P19 Drogenmissbrauch P20 Gedächtnisstörung P22 Verhalten auffällig./Entwickl.stör.Kind P23 Verhalt.auff./Entwickl.stör., Adoleszens P24 Spezifische Lernstörung P25 Lebensphasenproblem Erwachsenen P27 Angst vor Geistesstörung P28 Funktionseinschr./Behinderung (P) P29 Psych. Symp.t., Beschwerden, andere P70 Demenz P71 Organ. Psychosyndrom, anderes P72 Schizophrenie P73 Affektive Psychose P74 Angststörung/ Panikattacke P75 Somatisierungsstörung P76 Depressive Störung P77 Suizid/Suizidversuch P78 Neurasthenie P79 Phobie/Zwangsstörung P80 Persönlichkeitsstörung P81 Hyperaktivität P82 Posttraumatische Stressstörung P85 Mentale Retardierung P86 Anorexia nervosa/Bulimie P98 Psychose NNB, andere P99 Psych. Störung/Erkrank., andere</p>	<p>S19 Hautverletzung, andere S20 Verhornung/ Schwielenbildung S21 Hautbeschaffenh.-symp./-beschwerd. S22 Nagelsymptomatik/-beschwerden S23 Haarausfall/Kahlheit S24 Haar-/Kopfhautsymp./-beschw., and. S26 Angst vor Hautkrebs S27 Angst vor Hauterkrankung, andere S28 Funktionseinschr./Behinderung (S) S29 Hautsymptomatik/-beschw., andere S70 Herpes zoster S71 Herpes simplex S72 Krätze/andere Askariasis S73 Pedikulose/Hautbefall, anderer S74 Dermatophyten S75 Candidose der Haut S76 Hautinfektion, andere S77 Bösartige Neubildung Haut S78 Lipom S79 Benigne/unklare Neubildung Haut S80 Sonnenbed. Keratose/Sonnenbrand S81 Hämangiom/Lymphangiom S82 Nävus/Leberfleck S83 Angeborene Hautanomalie, andere S84 Impetigo S85 Pilonidalzyste/-fistel S86 Seborrhoische Dermatitis S87 Dermatitis/ atopisches Ekzem S88 Allergische-/Kontaktdermatitis S89 Windeldermatitis S90 Pityriasis rosea S91 Psoriasis S92 Schweißdrüsenerkrankung S93 Atherom S94 Eingewachsener Nagel S95 Molluscum contagiosum S96 Akne S97 Chronische Ulzeration Haut S98 Urtikaria S99 Hautkrankheit, andere</p>	<p>U29 Harnwegssymptom, andere U70 Pyelonephritis/Pyelitis U71 Zystitis/Harnwegsinfekt, anderer U72 Urethritis U75 Bösartige Neubildung der Niere U76 Bösartige Neubildung der Blase U77 Bösart. Neubild. Harnorgane, and. U78 Gutartige Neubildung Harnorgane U79 Neubildung an Harnorganen U80 Verletzung der Harnorgane U85 Angeborene Anomalie Harnorgane U88 Glomerulonephritis/Nephrose U90 Orthostat. Albuminurie/Proteinurie U95 Harnstein U98 Auffälliger Urintest NNB U99 Erkrankung Harnorgane, andere</p>	<p>X91 Condylomata acuminata, Frau X92 Chlamydieninfektion weibl. Genitale X99 Weibl. Genitale Erkrankung, andere</p>
<p>Atmungsorgane R</p> <p>R01 Schmerzen Atmungssystem R02 Kurzatmigkeit/Dyspnoe R03 Atemgeräusch/Giemen/Brummen R04 Atemproblem, anderes R05 Husten R06 Nasenbluten/Epistaxis R07 Schnupfen/Niesen/verstopfte Nase R08 Nasensymptome/-beschwerden R09 Nasennebenhöhlensympt./-beschwerd R21 Hals-/Rachensymptome/-beschwerd. R23 Stimmssymptome/-beschwerden R24 Hämoptysis R25 Abnormes Sputum/Schleim R26 Angst vor Krebs des Atmungssystems R27 Angst vor Atemwegserkrankung R28 Funktionseinschr./ Behinderung (R) R29 Symp.t./Beschw. Atmungsorgane, and. R71 Keuchhusten R72 Streptokokkeninfekt Hals R73 Furunkel/ Abszess Nase R74 Infektion obere Atemwege, akute R75 Sinusitis akute/ chronische R76 Tonsillitis, akute R77 Laryngitis/ Tracheitis, akute R78 Akute Bronchitis/ Bronchiolitis R79 Chronische Bronchitis R80 Influenza R81 Pneumonie R82 Pleuritis/Pleuraerguß R83 Atemwegsinfekt, anderer R84 Bösart. Neubildung Lunge/Bronchus R85 Bösart. Neubild. Atemwege, andere R86 Gutart. Neubildung der Atemwege R87 Fremdkörper Nase/ Larynx/ Bronchus R88 Verletzung Atemwege, andere R89 Angeborene Anomalie Atemwege R90 Hypertro. Gaumen-/Rachenmandeln R92 Neubild. Atemwege nicht spezifiziert R95 COPD R96 Asthma R97 Heuschnupfen R98 Hyperventilationssyndrom R99 Atemwegserkrankung, andere</p>	<p>PROZEDUREN-CODES</p> <p>SYMPTOME</p> <p>INFEKTIONEN</p> <p>NEUBILDUNGEN</p> <p>VERLETZUNGEN</p> <p>FEHLBILDUNGEN</p> <p>ANDERE DIAGNOSEN</p> <p>Endokrin, meta- bolisch, Ernährung T</p> <p>T01 Übermäßiger Durst T02 Übermäßiger Appetit T03 Appetitverlust T04 Ernährungsproblem Kleinkind/Kind T05 Ernährungsproblem Erwachsener T07 Gewichtszunahme T08 Gewichtsverlust T10 Wachstumsverzögerung T11 Austrocknung T26 Angst vor Krebs endokrines System T27 Angst metabol./endokr.Erkrank., and. T28 Funktionseinschränkung (T) T29 Endo./metab./ernäh. Symp.t., andere T70 Endokrinologische Infektion T71 Bösartige Neubildung Schilddrüse T72 Gutartige Neubildung Schilddrüse T73 Neubild. endokrine unpez., andere T78 Thyroglossale Fistel/Zyste T80 Angeb. Fehlbild., endokrine/metab. T81 Struma T82 Adipositas T83 Übergewicht T85 Hyperthyreose/Thyreotoxische Krise T86 Hypothyreose/Myxödem T87 Hypoglykämie T89 Diabet. mellitus, primär insulinabhäng. T90 Diabet. mell., primär insulinunabhäng. T91 Vitamin-/Nährstoffmangel T92 Gicht T93 Fettstoffwechselstörung T99 Endo./metab./ernäh. Erkrank., andere</p>	<p>Schwangerschaft W Geburt, Fam.planung</p> <p>W01 Fragliche Schwangerschaft W02 Angst vor Schwangerschaft W03 Blutung i. d. Schwangerschaft W05 Schwangersch.-bed. Übelk./Erb. W10 Postkoitale Empfängnisverhütung W11 Orale Empfängnisverhütung W12 Intrauterine Empfängnisverhütung W13 Sterilisation, Frau W14 Empfängnisverhütung, andere W15 Infertilität/ Subfertilität, Frau W17 Postpartale Blutung W18 Postpartale Symp.t./Beschw., and. W19 Brust-/Stillsymptom/-beschwerden W21 Sorge schwanger.-bed. Aussehen W27 Angst vor Schwangerschaftskompl. W28 Funktionseinschr./Behinderung (W) W29 Schwangerschaftsbeschw., andere W70 Wochenbettinfektion/-sepsis W71 Kompl. Schwang./Wochenb. Infekt. W72 Bösartige Neubild. Schwangersch. W73 Gutart./n.s. Neubil. Schwangersch. W75 Verletz. a. Kompl. d. Schwangers. W76 Kompl. Schwang. d. angeb. Anom. W78 Schwangerschaft W79 Ungewollte Schwangerschaft W80 Ektopische Schwangerschaft W81 Schwangerschaftstoxikose W82 Spontanabort W83 Induzierter Abort W84 Hochrisikoschwangerschaft W85 Schwangerschaftsdiabetes W90 Unkompl. Entbind., Lebendgeburt W91 Unkompl. Entbind., Totgeburt W92 Kompliz. Entbindung, Lebendgeburt W93 Kompliz. Entbindung Totgeburt W94 Wochenbettmastitis W95 Brusterkr. Schwang./Wochenb. and. W96 Komplikation Wochenbett, andere W99 Störung Schwang./Entbind., and.</p>	<p>Männliches Genitale Y</p> <p>Y01 Penis Schmerz Y02 Schmerz in Hoden/Skrotum Y03 Harnröhrenausfluss Y04 Penissymptome/-beschwerden, andere Y05 Skrotum-/Hodensymp.t./beschw., and. Y06 Prostatasymptome/-beschwerden Y07 Impotenz NNB Y08 Sexualfunkt. Symp.t./beschw., Mann Y10 Infertilität/ Subfertilität, Mann Y13 Sterilisierung, Mann Y14 Familienplanung Mann, andere Y16 Brustsymptome/-beschwerden, Mann Y24 Angst vor sexueller Dysfunktion, Mann Y25 Angst vor sexuell übertragb. Krankheit Y26 Angst vor Genitalkrebs, Mann Y27 Angst Geschlechtskh. Mann, andere Y28 Funktionseinschr./Behinderung (Y) Y29 Genitalbeschwerden Mann, andere Y70 Syphilis, Mann Y71 Gonorrhoe, Mann Y72 Genitalherpes, Mann Y73 Prostatitis/Samenbläschenentzünd. Y74 Orchitis/Epididymitis Y75 Balanitis Y76 Condylomata acuminata, Mann Y77 Prostatakrebs Y78 Bösart. Neubild. männl. Genitale Y79 Gutartige/nicht spez. Neubildung (Y) Y80 Verletzung männliches Genitale Y81 Phimose/überschüssige Vorhaut Y82 Hypospadie Y83 Hodenhochstand Y84 Angeb. Anomalie männliches Genitale Y85 Benigne Prostatahypertrophie Y86 Hydrozele Y99 Genitale Erkrankung Mann, andere</p>
<p>Haut S</p> <p>S01 Schmerz/Überempfindlichkeit d. Haut S02 Juckreiz S03 Warzen S04 Papel/ Schwellung, lokalisiert S05 Papel/ Schwellung, generalisiert S06 Rötung/Ausschlag, lokalisiert S07 Rötung/Ausschlag, generalisiert S08 Hautfarbe verändert S09 Infizierter Finger/ Zeh S10 Furunkel/ Karbunkel S11 Hautinfektion posttraumatisch S12 Insektenbiss/-stich S13 Tier-/Menschenbiss S14 Verbrennung/ Verbrüfung S15 Fremdkörper in der Haut S16 Prellung/ Kontusion S17 Abschürfung/ Kratzer/ Blase S18 Risswunde/Schnittverletzung</p>	<p>Urologisch U</p> <p>U01 Schmerzhaftes Miktion U02 Gehäufte Miktion/Hamdrang U04 Harninkontinenz U05 Miktionsproblem, anderes U06 Hämaturie U07 Miktionsymptome/-beschwerden U08 Harnverhalt U13 Blasensymptom/-beschwerden, andere U14 Nierenorganel/-beschwerden, and. U26 Angst vor Krebs der Harnorgane U27 Angst Erkrank. Harnorgane, andere U28 Funktionseinschr./ Behinderung (U)</p>	<p>Weibl. Genitale/Brust X</p> <p>X01 Genitalschmerz bei der Frau X02 Menstruationsschmerz X03 Intermenstruelle Schmerzen X04 Schmerzen Geschlechtsverkehr (X) X05 Fehlende/spärliche Menstruation X06 Übermäßige Menstruation X07 Unregelmäßige Menstruation X08 Zwischenblutung X09 Prämenstruelle Symp.t./Beschwerd. X10 Hinausschieben d. Menstruation X11 Menopausale Symp.t./Beschwerd. X12 Postmenopausale Blutung X13 Postkoitale Blutung X14 Vaginaler Ausfluss X15 Vaginale Symptome/Beschwerden X16 Vulvasymptome/-beschwerden X17 Unterbauch/Unterleibsympt. (X) X18 Brustschmerz Frau X19 Knoten, Tastbefund weibliche Brust X20 Brustwarzensympt./-beschw. (X) X21 Brustsymp.t./-beschwerd., and. (X) X22 Sorge Aussehen weiblicher Brust X23 Angst sex. übertragbarer Krankheit X24 Angst sexueller Funktionsstörung X25 Angst vor Genitalkrebs, Frau X26 Angst vor Brustkrebs, Frau X27 Angst vor Genital-/Brusterkrankung X28 Funktionseinschr./Behinderung (X) X29 Genitalsymptome/-beschw., and. X70 Syphilis, Frau X71 Gonorrhoe, Frau X72 Vaginalmykose/Candidiasis X73 Trichomoniasis Genitalbereich, X74 Entzündung im weibl. Becken X75 Zervixkarzinom X76 Bösartige Neubildung Brust, Frau X77 Bösartige Neubild. (X), andere X78 Uterus myomatosus X79 Gutartige Neubildung, weibl. Brust X80 Gutartige Neubildung weibl. Genital X81 Neubild. Genit. (X) n.s., andere X82 Verletzung weibl. Genitale X83 Angeb. Anomalie weibl. Genitale X84 Vaginitis/Vulvitis X85 Zervixerkrankung Neubildung X86 Auffälliger Zervix-Abstrich X87 Uterovaginaler Prolaps X88 Fibrozyst. Erkrankung Brustdrüse X89 Prämenstr. Spannungssyndrom X90 Herpes genitalis, Frau</p>	<p>Soziale Probleme Z</p> <p>Z01 Armut/finanzielle Probleme Z02 Probleme mit Ernährung/Wasser Z03 Wohnungs-/Nachbarschaftsprobleme Z04 Soziokulturelle Probleme Z05 Probleme am Arbeitsplatz Z06 Problem mit Arbeitslosigkeit Z07 Auszubildungsproblem Z08 Problem mit Sozialhilfe Z09 Rechtliches Problem Z10 Problem mit Gesundheitssystem Z11 Problem mit Compliance/Kranksein Z12 Beziehungsproblem Partner/Partnerin Z13 Problem durch Verhalten des Partners Z14 Problem mit Erkrankung des Partners Z15 Problem mit Verlust/ Tod des Partners Z16 Beziehungsproblem mit Kind Z18 Problem mit Erkrankung des Kindes Z19 Problem durch Verlust/Tod d. Partners Z20 Beziehungsproblem mit Eltern/Familie Z21 Problem durch Verhalt. Eltern/Familie Z22 Problem mit Erkrankung Eltern/Familie Z23 Problem mit Verlust/Tod Eltern/Familie Z24 Beziehungsproblem mit Freund Z25 Körperl. Misshandlung/sex. Mißbrauch Z27 Angst vor sozialen Problemen Z28 Funktionseinschr./Behinderung (Z) Z29 Soziale Probleme NNB</p>
<p>ICPC-2 Deutsch/ German International Classification of Primary Care – 2nd Edition</p> <p>Version 3.8 Stand: 27.9.2011</p> <p>Wonca International Classification Committee (WICC) </p> <p>CONTENT Gefördert durch das BMBF</p> <p>Universitätsklinikum Heidelberg Allgemeinmedizin u. Versorgungsforschung Voßstraße 2, Gebäude 37 D-69115 Heidelberg www.content-info.org</p>			

11. Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. Martin Scherer für die Anregung des Forschungsprojekts und die Betreuung der Arbeit als Doktorvater.

Ich danke Frau Dr. med. Dagmar Lühmann für die gute Koordination, Kommunikation, Betreuung und Beratung über das gesamte Dissertationsprojekt hinweg.

Herrn Dr. med. Jan Hendrik Oltrogge möchte ich besonders für die ausgezeichnete Zusammenarbeit, fachliche und persönliche Unterstützung, Motivation und große Hilfe bei der Umsetzung der Arbeit danken.

Den Kolleg_innen am Institut für Allgemeinmedizin danke ich für ihr konstruktives Feedback, die fachlichen Diskussionen, Anregungen und hilfreichen Informationen.

Insbesondere Frau Anja Rakebrandt, Frau Sigrid Boczor, PhD und Herrn Dr. phil. Ingmar Schäfer möchte ich für die methodische und technische Unterstützung bei der Arbeit mit der Datenbank und die statistische Beratung danken.

Martin Jahnke danke ich für die gute Zusammenarbeit und Unterstützung.

Meinen Eltern danke ich für ihre kritische Korrektur der Arbeit, Kaffee und Kuchen und ihre moralische Unterstützung.

Meinen lieben Freund_innen danke ich für ihren Rückhalt, den Ausgleich und ihr Interesse.

Maren danke ich für die liebevolle Begleitung

Ich danke den Organisator_innen des Wahlpflichtbereichs „Interkulturelle und Internationale Medizin (intermed)“ Claudia Mews und Annette Strauß vom Institut für Allgemeinmedizin sowie Niels-Jens Albrecht und Dr. phil. Nico Vonneilich vom Institut für Medizinische Soziologie für die Motivation, Einführung in wissenschaftliches Arbeiten, Orientierung, Mühe und stets sehr wertschätzende Atmosphäre.

Meiner Vertrauensdozentin bei der Hans-Böckler-Stiftung Frau Dr. phil. Birgitt Höldke danke ich für ihren fachlichen Rat.

Meinem Referenten Herrn Dr. phil. Pascal Geißler und den anderen Mitarbeiter_innen des Referats IV der Abteilung Studienförderung der Hans-Böckler-Stiftung danke ich für die Unterstützung auf meiner akademischen und gesellschaftspolitischen Laufbahn und die finanzielle Ermöglichung dieser Dissertation.

Der Band und Bob danke ich für die Musik.

12. Lebenslauf

Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt

13. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift:

14. Abstract

Schlichting, Dana: Comparison of the first-line care for refugees in a main reception centre in Hamburg, Germany with regular primary care regarding patients, morbidity spectrum and performance

Introduction: During the so-called Refugee Crisis of the years 2015/16, numbers of refugees immigrating to Europe drastically increased. Of all bigger German cities, Hamburg accommodated the greatest number of people, which required the provision of adequate health care. For this purpose, first-line consultation hours were introduced at all reception centres (RCs) in Hamburg. From 11/2015 to 07/2016, the Institute and Polyclinic of General Medicine (IPA) of the University Medical Centre Eppendorf (UKE) executed the consultations in the RC Rugenbarg, a former hardware store with over 1.500 occupants, with the support of a video interpreting system. All consultations were thoroughly documented in a data base available to this analysis.

Objectives: Was the first-line care for refugees in a RC in Hamburg comparable to the primary care for the general population regarding patients, morbidity spectrum and performance as well as the achieved level of care? Does it provide a basis for conceptual designs of care in the future?

Methods: A pseudonymized representative random sample of 35 % (2159) of all consultations that had been documented in the RC between Nov. 2015 and July 2016 was coded according to the structure of Reasons for Encounter (RfEs), Diagnoses and Procedures using the *International Classification of Primary Care, second edition* (ICPC-2), which enabled the creation of Episodes of Care. IBM® SPSS® was used for statistical analyses.

Results: The patients were relatively young (Ø 24 y.) and male by majority (63 %). Diagnoses affected primarily the respiratory system (32 %), skin (14 %), locomotor system (10 %) and digestive system (9 %). The observed morbidity spectrum as well as medical needs overall conform to those of the German general population. Differences exist primarily regarding frequency distribution of RfEs and diagnoses related to demographic characteristics. 13 % of episodes of care ran over a course of more than 4 weeks. 88 % of the entirety of courses of treatment were uncomplicated and did not require referrals.

Conclusion: The results of this study provide a better epidemiological understanding as well as a first basic concept of quality assurance in medical care for refugees. A special requirement for physicians consists in adapting to a greater patient diversity and administrative conditions. The concept of first-line primary care consultation hours for refugees proved to be effective and is a suitable model for conceptual designs of care in the future.