

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin

(Prof. Dr. med. Eva Hummers)

der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

Häufige Wiedervorstellungen in der Patientenversorgung von Geflüchteten

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von
Frank Müller

aus
Offenbach / Main

Göttingen 2020

Dekan: Prof. Dr. med. W. Brück

Betreuungsausschuss:

Betreuerin: Prof. Dr. med. A. Simmenroth

Ko-Betreuer: Prof. Dr. M. Schweda

Prüfungskommission:

Referent: Prof. Dr. med. A. Simmenroth

Ko-Referent:

Drittreferent:

Datum der mündlichen Prüfung:

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel "Häufige Wiedervorstellungen in der Patientenversorgung von Geflüchteten" eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den _____

.....

(Unterschrift)

Die Daten, auf denen die vorliegende Dissertation basiert, wurden in Teilaspekten bereits veröffentlicht :

Kleinert E, Müller F, Furaijat G, Hillermann N, Jablonka A, Happle C, Simmenroth A (2019): Does refugee status matter? Medical needs of newly arrived asylum seekers and resettlement refugees - a retrospective observational study of diagnoses in a primary care setting. *Conflict and Health* 13, 39

Müller F, Kleinert E, Furaijat G, Kruse S, Simmenroth A (2019): Digitale Kommunikationshilfen für nicht deutschsprechende Patient*innen: Erste Erfahrungen aus dem DICTUM-Friedland-Projekt. *BZgA Infodienst Migration, Flucht und Gesundheit*, 110–111

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
1.1 Deutschland als Ziel von Flucht und Migration	1
1.2 Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland	3
1.3 Aktueller Stand der Forschung	5
1.4 Fragestellung und Ziel der Arbeit	9
2. Material und Methoden	10
2.1 Forschungsfeld „Grenzdurchgangslager Friedland“	10
2.2 Studiendesign	14
2.3 Datenerhebung	15
2.4 Statistische Methoden und Kodierungen	20
2.5 Datenschutz und Ethikvotum	25
3. Ergebnisse	26
3.1 Beschreibung der Kohorte	26
3.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	33
3.3 Einflussfaktoren auf häufige Wiedervorstellungen	38
3.4 Subgruppe: Häufige Nutzer	51
3.5 Regressionsanalyse	61
4. Diskussion	67
4.1 Kritische Betrachtung der Ergebnisse	67
4.1.1 Stichprobe	67
4.1.2 Repräsentativität der Stichprobe	67
4.1.3 Wiedervorstellungshäufungen	67
4.1.4 Einflussfaktoren auf Vorstellungshäufungen	69
4.1.5 Einflussfaktoren auf Notfallvorstellungen	78
4.1.6 Einflussfaktoren auf Facharztvorstellungen	78
4.2 Stärken und Limitationen der Studie	80
4.3 Ausblick	82
5. Zusammenfassung	83
6. Anhang	86
7. Literaturverzeichnis	100

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Nachkodieren eines Behandlungsfalls	18
Abbildung 2: Fragebögen zur Einschätzung der Kommunikation mit Patienten	19
Abbildung 3: Altersverteilung der Stichprobe	27
Abbildung 4: Geschlechterverteilung in Abhängigkeit vom Patientenalter	28
Abbildung 5: Herkunftsländer der Kohorte	29
Abbildung 6: Anzahl der Patienten mit Diagnosen aus den entsprechenden ICD-Kategorien	31
Abbildung 7: Patientenanzahl mit Verschreibung aus der jeweiligen ATC-Gruppe	32
Abbildung 8: Verteilung der Konsultationsanzahl im Verhältnis zur Gesamtkohorte	35
Abbildung 9: Vorstellungshäufigkeiten im Jahresverlauf	36
Abbildung 10: Durchschnittliche Anzahl von Behandlungskontakten im Jahresverlauf	37
Abbildung 11: Streudiagramme Inanspruchnahme vs. Alter	39
Abbildung 12: Einfluss der Verständigung (Mittelwert der Bewertung) auf gehäufte Vorstellungen..	48
Abbildung 13: Einfluss der Verständigung (Schlechteste Bewertung) auf gehäufte Vorstellungen	50
Abbildung 14: Überschneidungen der Subgruppen der Patienten mit den meisten Arztkontakten....	53

Im Anhang:

Abbildung A-1: Anzahl der Patienten mit Diagnosen aus den entsprechenden ICPC-Kategorien	89
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definition der unterschiedlichen Codes zur Kodierung der Vorstellung	16
Tabelle 2: Zuordnung der Herkunftsregionen	22
Tabelle 3: ATC Kapitel für Antibiotikaverordnungen	23
Tabelle 4: ATC-Kapitel für Schmerzmittelverordnungen.....	23
Tabelle 5: Diagnosekriterien für das somatische Symptom.....	24
Tabelle 6: Alter und Aufenthaltsstatus.....	27
Tabelle 7: Herkunftsregionen.....	28
Tabelle 8: Herkunftsländer.....	29
Tabelle 9: Vollständigkeit der erhobenen Daten	33
Tabelle 10: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	34
Tabelle 11: Durchschnittliche Arztkontakte nach Altersgruppe	38
Tabelle 12: Alter als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten	40
Tabelle 13: Biologisches Geschlecht als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten	40
Tabelle 14: Status asylsuchend als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten	40
Tabelle 15: Medikamentenverordnungen als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten	46
Tabelle 16: Einschätzung der Kommunikation durch Ärzte – Vergleich unterschiedlicher Behandlungstage.....	49
Tabelle 17: Charakterisierung der Gruppen der Häufignutzer.....	52
Tabelle 18: Geschlecht und Status der Subgruppen	53
Tabelle 19: Herkunft der Subgruppen	55
Tabelle 20: Verteilung chronischer Erkrankungen, Hypertonie, Diabetes und somatoformer Symptome in den Subgruppen.....	57
Tabelle 21: Medikamentenverschreibungen in der Subgruppe.....	58
Tabelle 22: Einschätzung der Verständigung durch Ärzte bei Subgruppen	59
Tabelle 23: Einschätzung der Verständigung durch Krankenpflegepersonal bei Subgruppen	60
Tabelle 24: Anzahl der Dolmetscherbegleitung bei Subgruppen.....	60
Tabelle 25: Durchschnittliche Anzahl an Dolmetscherbegleitungen bei Subgruppen.....	61
Tabelle 26: Ergebnisse Regressionsanalyse.....	63

Im Anhang:

Tabelle A-1: Diagnosehäufigkeiten in der Kohorte	86
Tabelle A-2: Häufigkeiten der verordneten Wirkstoffe in der Kohorte	90
Tabelle A-3: Herkunftsregion als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten	93
Tabelle A-4: Diagnosen als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten – Deskription	94
Tabelle A-5: Diagnosen als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten – Teststatistik	95
Tabelle A-6: Medikamentenverordnungen als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten – Teststatistik	97
Tabelle A-7: Diagnoseverteilung in den Subgruppen	98

Abkürzungsverzeichnis

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BGBL	Bundesgesetzblatt
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
CI	Konfidenzintervall
EU	Europäische Union
GDL	Grenzdurchgangslager Friedland
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICPC	International Classification of Primary Care
LAB	Landesaufnahmebehörde Niedersachsen
SGB	Sozialgesetzbuch
SD	Standardabweichung
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees

1. Einleitung

1.1 Deutschland als Ziel von Flucht und Migration

Es ist, unter Würdigung der Sachlage, ein unleugbarer Fakt, dass die Bundesrepublik Deutschland ein Zielland von Migration und Flucht war und ist, und dies nicht erst seit der Aufnahme zahlreicher Menschen aus den Bürgerkriegsgebieten im Nahen Osten im vergangenen Jahrzehnt¹. Die Spuren von Migration seit der frühen Neuzeit sind unzählig und wurden etwa hinterlassen von der türkischen Sänftenträgerzunft zu München von 1688, von aus Frankreich vertriebenen Hugenotten, angeworbenen russischen Saisonarbeitern² für die ostelbischen Gutshöfe der 1880er Jahre oder polnischen Bergarbeitern für die Bergwerke des Ruhrgebiets um die Jahrhundertwende. In der jüngeren Zeitgeschichte findet sich eine organisierte Arbeitsmigration nach Westdeutschland durch sog. „Gastarbeiter“ insbesondere aus südeuropäischen Staaten seit den 1950er Jahren. Die Deutsche Demokratische Republik warb sog. „Vertragsarbeiter“ vor allem aus Vietnam, Kuba und Mosambik an, deren Anzahl 1990 190.000 Menschen umfasste (Berlinghoff 2018). Als größte Migrationsbewegung betrachten manche Sozialwissenschaftler auch die Migrationsbewegungen innerhalb Deutschlands nach der Wiedervereinigung 1990 (Geißler und Meyer 2002).

Gegenwärtig findet sich in Deutschland eine große Zahl an Menschen mit dem sozialen Merkmal „Migrationshintergrund“. Dieser ist in der Migrationshintergrund-Erhebungsverordnung vom 29. September 2010 (BGB I. I S. 1372) im §6 definiert:

„Ein Migrationshintergrund liegt vor, wenn die Person nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder

- 1. der Geburtsort der Person außerhalb der heutigen Grenzen der Bundesrepublik Deutschland liegt und eine Zuwanderung in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach 1949 erfolgte oder*
- 2. der Geburtsort mindestens eines Elternteiles der Person außerhalb der heutigen Grenzen der Bundesrepublik Deutschland liegt sowie eine Zuwanderung dieses Elternteiles in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach 1949 erfolgte.“*

(Migrationshintergrund-Erhebungsverordnung 2010)

¹ „Na ja, wir sind im Grunde schon ein Einwanderungsland.“, sagte die deutsche Regierungschefin 2015 (Frankfurter Allgemeine Zeitung 2015)

² Leider ist es auch im Jahr 2020 noch immer in wissenschaftlichen Arbeiten der Medizin Usus, das generische Maskulinum durchgängig zu verwenden und im ersten Satz darauf zu verweisen, dass „selbstverständlich auch Frauen gemeint sind“; wegen der „besseren Lesbarkeit“. Es wurde mir nachdrücklich nahegelegt, dies auch hier zu machen; so komme ich dem zwangsläufig auch nach. So zementiert sich die „Männersprache“ (Pusch 1984).

Das Statistische Bundesamt schätzt die Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund im Jahr 2018 auf 20.799.000 Personen. In dieser Zählung sind dabei sowohl Migranten im weiteren als auch Geflüchtete im engeren Sinne enthalten (Statistisches Bundesamt (Hg.) 2019).

Weltweit sind Ende des Jahres 2018 74,79 Millionen Menschen laut dem Hohen Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (UNHCR) von Flucht mittelbar oder unmittelbar betroffen. Das ist seit der Gründung des UNHCRs im Jahr 1951 der bisherige Höchststand. In den vergangenen 20 Jahren hat sich diese Anzahl nahezu vervierfacht (UNHCR 2019). Im auf der UN-Sonderkonferenz in Genf 1951 verabschiedeten Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge wird ein geflüchteter Mensch als eine Person definiert, die aus

„Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will.“
(UN 1951)

In der Europäischen Union ist Deutschland das Land, das in absoluter Zahl die meisten Geflüchteten aufgenommen hat. Der UNHCR berichtet über 1,45 Millionen geflüchtete Personen in Deutschland, davon 369.284 Asylsuchende (UNHCR 2019).

1.1.1 Soziodemografie von Asylantragstellern im Jahr 2018

Im Jahr 2018 wurden laut Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 164.693 Asylanträge neu gestellt und damit zum dritten Mal in Folge weniger als im jeweiligen Vorjahr. Die überwiegende Anzahl der Antragsteller kam aus Syrien (27,3%), Irak (10,1%), Iran (6,7%), Türkei (6,1%), Nigeria (6,1%), Afghanistan (6,1%), Eritrea (3,3%), Somalia (3,0%), Russland (2,4%) sowie anderen Ländern (26,1%); bei 2,6% war die Herkunft ungeklärt. Die Personen, die einen Asylantrag im Jahr 2018 in Deutschland gestellt haben, sind eher jung: Etwas weniger als die Hälfte (28.298 Personen, 48,4%) waren jünger als 18 Jahre, nicht ganz drei Viertel (119.914 Personen, 74,1%) waren jünger als 30 Jahre alt (BAMF 2019). In allen Altersgruppen, mit Ausnahme der über 65-jährigen Personen, zeigte sich ein Überschuss an Männern. Insgesamt waren 56,7% der Antragsteller männlich und 43,3% weiblich (BAMF 2019).

1.1.2 Anerkennung als Geflüchteter

Das BAMF entscheidet in meist individuellen Verfahren über die Zuspreehung eines rechtlichen Schutzstatus, der in Deutschland durch unterschiedliche Rechtsgüter (etwa nach Artikel 16 des Grundgesetzes oder durch die Anerkennung eines subsidiären Schutzes nach §4 Asylgesetz und einige mehr) geregelt ist. Die Quote zur Ablehnung jeglichen Schutzes betrug im Jahr 2018 34,8%. Die Schutzquote sank seit 2015 kontinuierlich (BAMF 2019).

Die Ablehnungsquote variierte dabei zwischen den Herkunftsländern stark. Während Personen aus Syrien mit 0,2% und Eritrea mit 4,4% kaum von Ablehnungen betroffen waren, war die Ablehnungsquote bei Schutzsuchenden aus Russland (49,7%), der Türkei (47,2%) oder dem Iran (45,4%) deutlich über dem Durchschnitt. Zu beachten ist dabei, dass die durch das BAMF erstellten Ablehnungsbescheide Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzung werden können. So sind zum 31.12.2018 insgesamt 328.584 Gerichtsverfahren dem BAMF anhängig (BAMF 2019). Entsprechend ist die Quote derjenigen, die letztlich tatsächlich eine Aufforderung zur Ausreise erhalten, wahrscheinlich niedriger.

Eine im Rahmen dieser Arbeit besonders zu betrachtende, jedoch im Verhältnis zur Gesamtzahl von Geflüchteten sehr kleine Gruppe, betrifft die sog. Resettlement-Geflüchteten oder „Humanitäre Aufnahmen“ oder „Kontingentflüchtlinge“. Dabei handelt es sich um vor allem aus Syrien in Drittstaaten geflüchtete Menschen, die im Rahmen internationaler Vereinbarungen mit dem UNHCR bzw. im Rahmen europäischer Übernahmeabkommen mit der Türkei in europäischen Staaten neu angesiedelt werden sollen. Diesen Menschen ist gemein, dass ihnen, etwa aufgrund der Zugehörigkeit zu einer besonders verfolgten ethnischen Gruppe, auf lange Sicht keine Chance auf eine Rückkehr in ihr Heimatland besteht. Deutschland plant, für die Jahre 2018 und 2019 insgesamt 2.900 Menschen über diese Programme aufzunehmen. Personen im Resettlement-Programm erhalten im Verhältnis zum Asylverfahren relativ schnell langfristige Aufenthaltsgenehmigungen. Viele Restriktionen des Asylrechts, etwa im Hinblick auf die Residenzpflicht, das faktische initiale Arbeitsverbot, den verringerten Krankenversicherungsschutz gelten für diese Gruppe nicht.

1.2 Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland

Die medizinische Versorgung geflüchteter Personen in Deutschland erscheint auf den ersten Blick von den gegebenen rechtlichen Strukturen, insbesondere des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG), klar definiert. Nach §4 Absatz 1 AsylbLG erhalten Asylsuchende während der ersten 15 Monate nach Ankunft in Deutschland nur eine eingeschränkte medizinische Versorgung. Anspruch auf Behandlung besteht demnach nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Schwangere

Frauen und Wöchnerinnen erhalten umfassendere Gesundheitsleistungen. Ferner sind Patienten von der Zuzahlungspflicht, etwa für Medikamente und Verbandsmittel, befreit.

Der deutlich verringerte Leistungsumfang stellt damit eine Benachteiligung gegenüber nichtgeflüchteten Personen, die Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten, dar. Diese Einschränkungen in der medizinischen Versorgung sind ein Ergebnis des sog. Asylkompromiss von 1993, davor wurden Asylsuchenden grundsätzlich dieselben Leistungen wie Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zuteil. Die daraus resultierende „Drittklassenmedizin“ wird von Ärzten, Bürgerrechtlern, aber auch von transnationalen Organisationen wie den Vereinten Nationen kritisiert (Bozorgmehr et al. 2019; Pross 1998). Ein Quasiexperiment von 2015 zeigte, dass die Kosten, Asylsuchende von medizinischen Leistungen zu exkludieren, letztlich höher sind, als Betroffenen Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zukommen zu lassen (Bozorgmehr und Razum 2015).

Die Europäische Union hat in ihrer EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33 (EU 2013) verfügt, dass besonders Schutzbedürftigen wie Älteren, Kindern, Opfern von Menschenhandel, Personen mit schweren und körperlichen Erkrankungen, Opfern von Gewalt, Folter, sexueller Gewalt und einigen mehr besondere Leistungen zustehen, insbesondere psychologische und psychotherapeutische Angebote. Da die Richtlinie von der Bundesrepublik Deutschland bis Mitte 2015 nicht in das nationale Recht umgesetzt wurde, besteht unmittelbare Rechtswirkung. In der Folge hat die europäische Kommission gegen die deutsche Regierung ein Vertragsverletzungsverfahren eingeleitet (EU 2016).

Daneben besteht voller Versicherungsschutz für geflüchtete unbegleitete Kinder und Jugendliche entsprechend des Sozialgesetzbuchs VIII (Kloning et al. 2018). Weitaus problematischer stellt sich immer noch die medizinische Versorgung von Papierlosen dar, die zwar prinzipiell medizinische Leistungen in Anspruch nehmen können, dies jedoch mit der Gefahr einer Meldung an Ausländerbehörden und möglicher Abschiebung einhergehen kann (Mylilius und Frewer 2015; Kuehne et al. 2015).

In der Praxis zeigen sich große Unterschiede in der konkreten Ausgestaltung der medizinischen Versorgung von Geflüchteten, die nach Bundesländern und manchmal sogar unter den Kommunen stark variieren. Häufig können Patienten nicht von sich aus einen Arzt aufsuchen, sondern benötigen Berechtigungs- oder Behandlungsscheine der jeweilig zuständigen Behörde, welche über die Notwendigkeit der beantragten Behandlung entscheidet. Es gibt bisweilen große Unterschiede darüber, was als „akute Erkrankung“ angesehen wird. In der Ärzteschaft finden sich daher auch Stimmen, die den „Umweg“ der Beantragung von Abrechnungs- und Behandlungsscheinen kritisieren (Hyde 2016). Einige Bundesländer, wie etwa Bremen, haben Gesundheitskarten an Asylsuchende ausgegeben, auch um den Verwaltungsaufwand zu reduzieren.

Nicht selten wird die medizinische Versorgung auch von Strukturen vor Ort, etwa dem Vorhandensein zivilgesellschaftlicher Unterstützer (Kindermann et al. 2019) oder gemeinnützigen Organisationen beeinflusst. Asylsuchende können, je nach Unterbringungsart in Sammelunterkünften oder Privathaushalten, in speziellen Sprechstunden für Geflüchtete medizinisch versorgt werden (Nikendei et al. 2017) oder auch im Rahmen regulärer Sprechstunden bei niedergelassenen Ärzten.

Für die behandelnden Ärzte sind rechtliche und Aspekte der Abrechnung dabei ebenso herausfordernd wie in der regulären hausärztlichen Versorgung eher selten vorkommende Krankheitsbilder wie z. B. Skabies oder Tuberkulose, oder die Überwindung von Sprachbarrieren. Dabei behandelte in der jüngsten Vergangenheit ein Großteil der niedergelassenen Allgemeinmediziner geflüchtete Patienten (Mews et al. 2017).

1.3 Aktueller Stand der Forschung

Zahlreiche wissenschaftliche Artikel beschäftigen sich mit der medizinischen Versorgung von Migranten und Geflüchteten. Häufig ist dabei die Zugehörigkeit zu einer Gruppe die unabhängige Variable, während die abhängige Variable ein entsprechendes klinisches Outcome darstellt. Fernerhin werden Krankheits- oder Inanspruchnahmeprävalenzen und -inzidenzen im Hinblick auf die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe verglichen. Das Wissen hierüber ist fragmentarisch, da stets auf spezifische Erkrankungen, Krankheitszustände oder Behandlungs-Outcomes und / oder spezifische Migranten-Gruppen fokussiert wird. Weitere wichtige Rollen spielen die Ausgestaltung der lokalen Gesundheitsversorgung und rechtliche Rahmenbedingungen, die etwa den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen moderieren. Gleichzeitig ist schwer zu bemessen, welchen Einfluss bestimmte individuelle Aspekte wie Erfahrung von Fremdsein, Rassismus, Gewalt, Flucht, Prekarisierung, körperliche Arbeit, Armut, soziale Isolation, Unsicherheit u. v. m. haben, die häufig, aber nicht immer und meist in unterschiedlichen Ausprägung, mit Flucht und Migration einhergehen können. Zusätzlich gibt es kongenital vermittelte Krankheitsrisiken aufgrund ethnischer Zugehörigkeit, die ebenfalls eine Rolle spielen können (wie etwa beim kardiovaskulären Risiko bei Südasiaten, vgl. etwa Das et al. 2017; Fernando et al. 2015). Diese vielen unterschiedlichen Einflussfaktoren machen generalisierende Aussagen schwierig.

Pauschalen Einordnungen der Vergangenheit wie etwa der „healthy migrant effect“, der besagt, dass Migranten gerade im Hinblick auf chronische Erkrankungen und Risikofaktoren gesünder als die autochthone Population seien, wurden teilweise widerlegt oder die Übertragbarkeit stark begrenzt. Ein Teil der postulierten Effekte konnte nicht reproduziert werden, zudem fanden sich widersprüchliche bzw. gegensätzliche Effekte (Ginsburg et al. 2016; Moullan und Jusot 2014; Spallek et al. 2011).

In der aktuellen Forschung zeigen sich klare Tendenzen, dass Geflüchtete eine besonders vulnerable Gruppe aus der Perspektive der medizinischen Versorger darstellen. In einem systematischen narrativen Review aus Reviews wurde über höhere Prävalenzraten von Depressionen, Angstzuständen und posttraumatischen Erkrankungen bei Migranten im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung berichtet. Asylbewerber und Flüchtlinge haben dabei ein besonders erhöhtes Risiko (Close et al. 2016). In einem weiteren Umbrella-Review konnten die Autoren nachweisen, dass perinatale Komplikationen (im Hinblick auf mütterliche Mortalität, mütterliche psychische Probleme, Frühgeburtlichkeit sowie angeborene Fehlbildungen) bei Migrantenpopulationen im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung ebenfalls erhöht waren (Heslehurst et al. 2018). Eine deutlich höhere Mortalität zeigte sich auch bei Arbeitsunfällen (Schenker 2010). Migranten in Europa haben eine insgesamt höhere Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken und zu versterben, jedoch ist die Entstehung der Krebsentitäten eher auf vorangegangene und in den Heimatländern häufig vorkommende Infektionskrankheiten zurückzuführen, während die autochthone Bevölkerung eher Krebsentitäten entwickelt, die ihre Genese eher im „*westlichen Lebensstil*“ findet (Arnold et al. 2010). Ein weiteres Review über Migranten in Europa zeigte, dass tendenziell häufiger Allgemeinmediziner konsultiert werden, jedoch seltener Überweisungen zu Fachärzten bzw. Facharztbehandlungen erfolgen. Migranten nehmen zudem seltener Vorsorgeuntersuchungen wahr, die Hospitalisierungsrate lag höher (Norredam et al. 2010). Eine gute Übersicht über gesundheitliche Faktoren von Geflüchteten und Migranten findet sich im Report der Lancet Commission Migration and Health 2018 (Abubakar et al. 2018).

Einen nicht unerheblichen Einfluss scheinen auch Kommunikationshürden in der Verständigung zwischen Patient und Behandler zu haben. Bischoff et al. konnten in einer in der Schweiz durchgeführten Studie feststellen, dass Sprachbarrieren mit einer reduzierten Symptommennung in einer Behandlung einhergingen, wobei dies im Wesentlichen seelische Behandlungsanliegen betraf. Die Autoren fanden ferner heraus, dass Patienten mit Sprachbarriere weniger an Fachärzte überwiesen wurden. Dass sich die Anzahl der Symptommennungen in einer Vergleichsgruppe mit Laiendolmetschern normalisierten, wurde nicht beobachtet (Bischoff et al. 2003).

Van Rosse et al. berichten in einer niederländischen Studie im Krankenhaus-Setting über Probleme in der Patientensicherheit: Besonders in den Bereichen Medikamenteneinnahme, Nachsorge, Schmerzüßerung, Diagnosestellung, Aufklärung und Risikokommunikation sei diese aufgrund der eingeschränkten Kommunikation gefährdet. Auffällig ist zudem, dass Kommunikationsschwierigkeiten häufig nicht in Krankenakten dokumentiert werden (van Rosse et al. 2016).

US-amerikanische Studien in pädiatrischen Kliniken zeigten, dass die Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung bei Patienten mit Sprachbarriere geringer war (Carrasquillo et al. 1999) und sie nach Entlassung häufiger in Notaufnahmen wiederaufgenommen wurden (Samuels-Kalow et al.

2017; Gallagher et al. 2013). Das Auftreten schwerwiegender Komplikationen in der medizinischen Behandlung zeigte sich in einer Studie im Vergleich zu autochthonen Patienten oder Patienten mit Dolmetscherunterstützung um das Zweifache erhöht (Cohen et al. 2005). Eine qualitativ bessere Studie (Vergleich der Fallgruppe mit einer nach Alter, Geschlecht und Erkrankung gematchten englischsprachigen Gruppe) bestätigte die Ergebnisse der vorangegangenen Studie und fand zudem heraus, dass beim Auftreten schwerwiegender Komplikationen nicht englischsprachige Patienten im Schnitt 5-fach längere Krankenhausaufenthalte hatten als englischsprachige Vergleichspatienten (Lion et al. 2013).

Eine Studie, die critical incident reports (Berichte über kritische Vorkommnisse) amerikanischer Kliniken auswertete, zeigte, dass erwachsenen Patienten mit geringer englischer Sprachkompetenz signifikant häufiger moderate bzw. schwere Schädigungen davontrugen als englischsprachige Patienten. 52,4% der Vorfälle bei nicht englischsprachigen Patienten seien dabei auf Kommunikationsprobleme zurückzuführen (vs. 35,9% bei der englischsprachigen Vergleichsgruppe) (Divi et al. 2007).

Unterschiedliche Autoren sehen in der Verbesserung der Verständigung in medizinischen Konsultationen ein Kernelement in der Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für diese Patientengruppen (Ochieng 2013; Straus et al. 2009; O'Donnell et al. 2007). Ein Review zeigte verbesserte Patienten-Outcomes in vielen Bereichen bei Patienten, die im Rahmen ihrer Behandlung Zugang zu professionellen Dolmetschern hatten (Karliner et al. 2007). Die WHO stellt zusammenfassend fest, dass Sprachkompetenz ein Schlüssel zur Gesundheitskompetenz darstellt:

“While a common language is crucial, ‘culturally competent’ services should offer more than just minimal communication.”

(Bradby et al. 2015)

1.3.1 Vorstellungshäufigkeiten von Geflüchteten

Kaum beachtet in der bisherigen Forschung wurden gehäufte Vorstellungen von Geflüchteten und Asylsuchenden im primärmedizinischen Setting. Dabei könnte diese Zahl (neben anderen) eine wichtige Maßzahl für die Effizienz und Effektivität und damit die Versorgungsqualität für diese Patientengruppe darstellen und zudem ermöglichen, Versorgungsbedarfe abzuschätzen. Anhand der pauschalierten Abrechnungen hausärztlicher Leistung gemäß dem einheitlichen Bewertungsmaßstab lassen sich durch Vorstellungshäufungen auch entstehende Behandlungskosten abschätzen.

Eine in einer niedersächsischen Erstaufnahmeeinrichtung durchgeführte deutsche Untersuchung zeigte, dass Patienten die allgemeinmedizinische Sprechstunden im Schnitt zwischen 1- bis 4-mal aufsuchten (Median 2, Durchschnitt 3,2), wobei Frauen und Ältere signifikant häufiger ärztliche Hilfe

suchten. Gerechnet auf ein Jahr ergeben sich pro Person etwa 10 Vorstellungen. Häufungen wurden insbesondere in der ersten Woche nach Ankunft der Geflüchteten in der Erstaufnahmeeinrichtung gefunden (Wetzke et al. 2018). Diagnosen oder Erkrankungen der Patienten wurden in dieser Untersuchung nicht betrachtet. Zu beachten ist zudem, dass auch nicht ärztliche Kontakte gewertet wurden sowie nicht zwischen fachärztlicher, notfallmedizinischer oder allgemeinmedizinischer Konsultation unterschieden wurde.

Eine zwischen 2013 und 2015 durchgeführte Studie in einer Erstaufnahmeeinrichtung der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen (LAB) in Braunschweig zeigte eine Inzidenz von Patientenkontakten von 5 / Bewohner und Jahr. Jedoch muss einschränkend gesagt werden, dass die Krankenstation zumindest über einen großen Zeitraum der Studienlaufzeit nicht regelmäßig besetzt war und unklar ist, ob Patienten auch außerhalb der Einrichtung medizinische Hilfe in Anspruch nehmen konnten (Günther et al. 2016). Leider konnten in der Studie zudem keine weitergehenden demografischen oder gesundheitlichen Daten zu Bewohnern herangezogen werden. Interessant erscheint jedoch der Fakt, dass die Autoren im Schnitt 24 Rettungsdiensteinsätze pro 1.000 Bewohner pro Monat zählen konnten, wobei diese Zahl deutlich sank nachdem eine Krankenstation mit regelmäßigen Sprechstunden entstand. Die gemessene Zahl an Rettungsdienstkontakten entsprach anschließend 0,288 pro Einwohner und Jahr.

Eine kleinere Studie mit 146 Asylsuchenden in Städten im Ruhrgebiet, bei der Patienten über zurückliegende Arztkontakte befragt wurden, zeigte eine deutlich geringere Anzahl an Arztkontakten mit 2,9 jährlichen Kontakten mit Allgemeinmedizinern und 2,3 Facharztkontakten (Jäger et al. 2019). Die Studie ist dabei nicht nur im Hinblick auf die geringe Anzahl an Partizipierenden (n = 146) und der prädominant männlichen Teilnehmer (>80%) auf ihre Übertragbarkeit begrenzt.

Eine Studie über die Inanspruchnahme von geflüchteten Patienten auf der griechischen Insel Lesbos, die lediglich zwei Monate auswertete, zeigte im Schnitt 3,6 Arztkontakte gerechnet auf einen Einwohner und Jahr. Im Hinblick auf das junge Alter der Patienten (Median 23 Jahre), erscheint diese Zahl als hoch. Am häufigsten waren Atemwegserkrankungen und Erkrankungen der Zähne. Auffällig hoch waren ferner Behandlungsanlässe zu psychischen Problemen und Suizidversuchen (Hermans et al. 2017).

Das Robert Koch Institut und im speziellen die für die Gesundheitsberichterstattung zuständige Abteilung konkludiert, dass für die Gruppe von Asylsuchenden und Geflüchtete in Deutschland bisher keine repräsentativen Daten vorliegen, diese aber eine große Wichtigkeit für die Entwicklung adäquater Versorgungsstrukturen und zielgerichteter Angebote haben (Frank et al. 2017; Razum et al. 2016). Zwar gibt es zwischenzeitlich einige publizierte Ergebnisse zu Erstuntersuchungen gerade im

Hinblick auf Infektionserkrankungen (Brockmann et al. 2016; Beermann et al. 2015) oder psychische Erkrankungen. Detaillierte Untersuchungen über Vorstellungshäufungen, bestimmte Vorstellungsmuster und deren Ursachen bestehen für den deutschsprachigen Raum bisher nicht.

1.4 Fragestellung und Ziel der Arbeit

In der vorliegenden Dissertation sollen folgende zwei übergeordnete Fragen bearbeitet werden:

- a) Wie häufig und mit welchen Diagnosen suchen neu angekommene Geflüchtete medizinische Hilfe auf?
- b) Welche Faktoren bestimmen, wie häufig Patienten ärztliche Behandlungen suchen?

Durch Beantwortung dieser Fragen sollen neue Erkenntnisse generiert werden, die dabei helfen können, den Bedarf medizinischer Angebote für in Deutschland neu angekommene Geflüchtete genauer zu eruieren und Optimierungspotential im Hinblick auf die Versorgungsqualität zu detektieren.

1.4.1 Zu untersuchende Faktoren

Im Vorfeld wurde auf Basis bestehender Literatur bzw. eigener klinischer Erfahrung überlegt, welche Faktoren vermehrte Arztkontakte prädikieren könnten. Die nun im Folgenden vorgestellten Faktoren werden schließlich im Diskussionsteil (Kapitel 4.1.4, S. 69) strukturiert beantwortet und diskutiert.

Typischerweise nimmt mit dem höheren **Lebensalter** die Krankheitslast (Morbidität) zu – dies betrifft etwa die häufigen „Zivilisationskrankheiten“ wie koronare Herzerkrankung, Diabetes mellitus Typ 2, Krebserkrankungen u. v. m. Eine erhöhte Morbidität könnte mit vermehrter und wiederholter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einhergehen. Ebenso denkbar wäre, dass das **biologische Geschlecht** einen Einfluss auf Arztkontakthäufigkeiten hat: Frauen im gebärfähigen Alter könnten im Hinblick auf Schwangerschaft und Familienplanung wiederholt Ärzte aufsuchen. Männer hingegen werden häufiger Patienten aufgrund von Verletzungen oder risikohaftem bzw. abusivem Verhalten. Unsicherer **Aufenthaltsstatus** und unsichere Bleibeperspektive könnten für Betroffene einen erhöhten psychoemotionalen Stress bedeuten, der mit einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einhergeht. Da medizinische Aspekte auch im Rahmen des Asylverfahrens eine Rolle spielen können, könnten Patienten mit unsicherem Aufenthaltsstatus dazu tendieren, bestehende Erkrankungen testieren zu lassen (ggf. sogar fachärztlich), was möglicherweise ebenfalls mit wiederholten Vorstellungen einhergehen könnte. Bestimmte Erkrankungen sind mit regionalen Häufungen und dadurch entsprechend der **Patientenherkunft** verteilt, etwa Thalassämie, familiäres Mittelmeerfie-

ber oder bestimmte infektiöse Erkrankungen wie Tuberkulose. Ferner kann die Herkunft der Patienten auch deren Fluchterfahrungen und ihre medizinischen Auswirkungen psychische Traumatisierungen, Verletzungen etc. widerspiegeln und somit einen Einfluss auf wiederholt notwendige Inanspruchnahmen haben. Ferner könnten lokale Gewohnheiten darüber, aus welchen Gründen Ärzte aufgesucht werden, beeinflussen, ob und wie häufig Patienten vorstellen. Bestimmte **Erkrankungen**, wie etwa Krebserkrankungen oder psychische Erkrankungen, gehen typischerweise mit längerfristigen oder lebenslangen Behandlungen einher, die, sofern sie ambulant behandelt werden, häufig regelmäßiger Überwachung durch behandelnde Ärzte bedürfen. Dadurch könnte, trotz der bedingten Behandlungsmöglichkeiten in der Erstaufnahmesituation, die Art der Erkrankung einen Einfluss auf Vorstellungshäufungen bestimmter Patienten haben. Ein Aspekt der **somatoformen Störung** betrifft die erhöhte und wiederholte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. So lässt sich mutmaßen, dass sich Patienten, die sich aufgrund unspezifischer und wahrscheinlich seelisch bedingter Symptome präsentieren, häufiger vorstellen. **Chronische Erkrankungen** bedürfen häufig einer konsequenten medikamentösen Therapie oder zumindest regelmäßiger Untersuchungen, wie etwa bei Patienten, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind. Es ist anzunehmen, dass sich Patienten mit chronischen Erkrankungen häufiger und wiederholt bei Ärzten vorstellen. Bestimmte **Medikamente** gehen mit einem erhöhten Nebenwirkungsspektrum einher oder erfordern regelmäßige laborchemische Kontrollen (beides trifft z. B. auf Psychopharmaka zu). Dadurch ließe sich schlussfolgern, dass sich Patienten, denen solche Medikamente verordnet werden, wiederholt vorstellen. Zudem könnte die **Qualität der wechselseitigen Verständigung** die Häufigkeiten, mit denen sich Patienten vorstellen, beeinflussen: Patienten, die aufgrund eigener oder ärztlicherseits fehlender sprachlicher Kenntnisse ihren Konsultationsgrund nicht hinreichend vermitteln konnten, könnten dazu geneigt sein, sich mit denselben Beschwerden noch einmal vorzustellen. Daher soll in der Folge sowohl die Anwesenheit von Dolmetschern als auch die eingeschätzte Verständigungsqualität als Prädiktor auf wiederholte Vorstellungen untersucht werden.

2. Material und Methoden

2.1 Forschungsfeld „Grenzdurchgangslager Friedland“

Die vorliegende Studie wurde im Grenzdurchgangslager (GDL) im südniedersächsischen Friedland durchgeführt. Das GDL ist eine Einrichtung der niedersächsischen Landesaufnahmebehörde (LAB). Obwohl die Erstaufnahmeeinrichtung in der Zwischenzeit nicht mehr direkt an einer Außengrenze der Bundesrepublik Deutschland liegt (der ehemaligen innerdeutschen Grenze), wird der antiquierte und mitunter belastete Begriff ‚Grenzdurchgangslager‘ weiterhin verwendet.

Das GDL nimmt unterschiedliche Funktionen wahr: Es ist eine von zahlreichen zentralen Anlaufstellen für Personen, die auf deutschem Boden ein Asylbegehren stellen. Das GDL besitzt die Aufgabe Geflüchtete zu registrieren, ihr Asylbegehren aufzunehmen und dabei gleichzeitig diesen Menschen kurzfristig notwendigen Schutz und Versorgung zu ermöglichen sowie die weitere Unterbringung in Deutschland zu initiieren. Typischerweise werden Menschen im GDL für wenige Wochen bis Monate betreut, um dann im Rahmen eines Verteilungsprozesses auf unterschiedliche Bundesländer (nach dem sog. „Königsteiner Schlüssel“) und dort in jeweilige Städte oder Gemeinden angesiedelt zu werden.

Für die zeitweise Versorgung von bis zu 2.000 Menschen hält das GDL unterschiedliche Einrichtungen parat: Von Schlafstätten über eine Mensa, Betreuung durch Sozialarbeiter, Kindertagesbetreuung und Schulen bis hin zu einer Krankenstation für die medizinische Versorgung. Das GDL stellt als Institution eines der wichtigsten Arbeitgeber in der ländlichen Region dar.

Das GDL blickt auf eine lange Geschichte zurück: Seit der Gründung 1945 bis heute wurden über vier Millionen Menschen in der Einrichtung kurzzeitig aufgenommen. In den Jahren nach der Gründung war die Bewohnerschaft geprägt von ethnisch deutschen Migranten aus osteuropäischen Staaten, aber auch von aus sowjetischer Kriegsgefangenschaft entlassenen deutschen Wehrmachtssoldaten. Ende der 1940er Jahre bis 1961 änderte sich das Klientel: Das GDL bot zunehmend aus der sowjetischen Besatzungszone bzw. der DDR Geflüchteten kurzzeitig Obdach. Nach dem weitgehenden Schließen der innerdeutschen Grenze sank die Anzahl der in Friedland Untergebrachten deutlich. In den 1980er und 1990er Jahren fanden zunehmend ethnisch deutsche Migranten (sog. Spätaussiedler) aus der Sowjetunion und deren Nachfolgestaaten kurzzeitige Unterkunft im GDL. Immer wieder war das GDL aber auch Anlaufstelle für Asylsuchende, die in ihren Heimatländern Ziel von Verfolgung, Gewalt oder Vertreibung wurden. So wurden 1956 Geflüchtete aus Ungarn in Friedland kurzfristig aufgenommen, 1973 folgten Chilenen, die vor der Militärdiktatur flüchteten. 1978 wurden Geflüchtete aus Vietnam aufgenommen (sog. „Boatpeople“), im Jahr 1984 Tamilen aus Sri Lanka. Mitte der 1990er wurden zahlreiche Menschen aufgrund der kriegerischen Auseinandersetzungen auf dem Balkan aufgenommen. In den 2000er und 2010er Jahren war der Nahe und Mittlere Osten zunehmend Ursprungsland. Für die Unterbringung von vor dem syrischen Bürgerkrieg geflüchteten Menschen wurden im Herbst 2015 zahlreiche Gebäude außerhalb des eigentlichen GDL angemietet (u.a. auch in Hannoversch Münden, Groß-Schneen, Rosdorf), um alle Menschen unterbringen zu können.

Aktuell werden im GDL kaum noch sog. Spätaussiedler betreut. Bewohner des GDLs sind derzeit einerseits Asylsuchende, insbesondere aus dem Nahen und Mittleren Osten, andererseits werden auch sog. „Kontingentflüchtlinge“ oder „Resettlement-Geflüchtete“ aufgenommen. Eine Besonderheit des

GDL liegt darin, dass die beiden letztgenannten Gruppen in Friedland kurzfristig Unterkunft finden, bevor sie endgültig auf die aufnehmenden Gemeinden verteilt werden.

Die Krankenstation stellt die primärmedizinische Betreuung der Patienten im GDL sicher und ist erste Anlaufstelle für medizinische Probleme aller Art. Es werden dabei keine sog. „Erstuntersuchungen“ durchgeführt. Ferner gibt es einen kleinen stationären Bereich, in dem bis zu 10 Patienten pflegerisch versorgt werden können. Im Gegensatz zur stationären Versorgung im Krankenhaus werden in der Krankenstation vor allem Patienten versorgt, deren pflegerischer und medizinischer Zustand eine Unterbringung in den, in der Regel als Gruppenunterkünften ausgeführten, Wohnbereichen nicht zuzumuten ist.

Der pflegerische Versorgungsauftrag wurde in den 1990ern an den Malteser Hilfsdienst vergeben. Derzeit arbeiten 12 Mitarbeiter in der Krankenstation in einem Drei-Schicht-Modell (der zeitweise von einem Zwischendienst ergänzt wird) und ermöglichen so rund um die Uhr eine Versorgung durch Pflegekräfte der im GDL lebenden Menschen. Neben der stationären Pflege findet in den Räumlichkeiten der Krankenstation eine werktägliche allgemeinmedizinische Sprechstunde (14:00 Uhr bis 16:00 Uhr) für Bewohner des GDL statt. War bis Mitte der 1980er Jahre für diese Tätigkeit ein eigener Arzt angestellt, wird seitdem der Versorgungsauftrag von vier allgemeinmedizinischen Praxen aus Friedland und umgebenden Gemeinden wahrgenommen. Rechtlich gesehen, findet die ärztliche Tätigkeit nicht in einer eigenen Praxis mit eigenem KV-Abrechnungssitz statt, sondern die Behandlungen werden außerhalb der eigenen Praxis durchgeführt – vergleichbar etwa mit der allgemeinmedizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern. Daher sind die behandelten Patienten auch Abrechnungsgegenstand der jeweiligen Praxen. Eine Abrechnung erfolgt bei geflüchteten Asylsuchenden i. d. R. im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes mit oben beschriebenem reduziertem Leistungsumfang. Dies mag auch ein Grund dafür sein, dass die Geräteausstattung der allgemeinmedizinischen Ambulanz im Vergleich zu einer ‚normalen‘ Hausarztpraxis reduziert ist: Es fehlen etwa EKG- und Sonografiegerät oder auch Geräte zur Lungenfunktionsdiagnostik. Es können jedoch Blutuntersuchungen (über externe Labore) oder basale Urindiagnostik („Stix“) durchgeführt werden. Besteht die Notwendigkeit einer weiterführenden apparativen Untersuchung zur Diagnostik bzw. einer Behandlung, können Patienten in Rücksprache mit dem zuständigen Kostenträger zu niedergelassenen Fachärzten überwiesen werden. Auch Krankenhausbehandlungen können so ermöglicht werden. Stellen sich Patienten notfallmäßig mit Symptomen vor, die auf akute und potentiell lebensbedrohliche Erkrankungen hindeuten, wird ein Rettungswagen (ggf. mit Notarztbegleitung) gerufen und eine notfallmäßige Krankenhausbehandlung initiiert.

In der Krankenstation sind keine professionellen Dolmetscher beschäftigt. Ein Teil des Krankenpflegepersonals hat jedoch Fremdsprachenkompetenzen, wobei vor allem Russisch und Englisch vorherr-

schend sind. Dies hat sich insbesondere in den 1990ern als Vorteil erwiesen, als im GDL hauptsächlich Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion betreut wurden. Werden in dringenden Fällen bei der allgemeinmedizinischen Betreuung trotzdem professionelle Dolmetscher benötigt, kann auf den Pool von Dolmetschern des LAB zurückgegriffen werden, was jedoch eine umständliche und selten getätigte Praxis darstellt. Für das GDL gilt gegenwärtig analog zur Situation in Deutschland, dass die Kostenübernahme von Dolmetschern im Rahmen von Konsultationssituationen nicht geklärt ist. Die Praxis des „Ausleihens“ von Dolmetschern des LAB erfolgt daher als „Zuschussgeschäft“ durch den Sozialdienst.

Bewohner des GDL finden als wesentlichen Ansprechpunkt für ihre Belange Mitarbeiter des Sozialdienstes. Sie sind typischerweise auch diejenigen, die Bewohner in Erstinterviews nach bestehenden Erkrankungen befragen und auf die grundsätzliche Möglichkeit einer primärärztlichen Versorgung in der Krankenstation aufmerksam machen. Bewohner des GDL können die allgemeinmedizinische Sprechstunde auch selbstständig aufsuchen, ohne vorher den Sozialdienst um einen Krankenschein o. ä. zu ersuchen. Trotzdem sind häufig Mitarbeiter des Sozialdienstes in die Anbahnung und Organisation der medizinischen Betreuung involviert: Sie organisieren etwa gelegentlich Dolmetscher, klären mit den Patienten Facharzttermine oder konkretisieren Anfragen an die behandelnden Ärzte, indem sie mit/für Patienten kleine Informationszettel formulieren, die diese dann in der Behandlungssituation an die Ärzte weitergeben.

Asylsuchende Bewohner stellen sich zur werktäglichen Sprechstunde in der Krankenstation mit einer weißen Identifikationskarte (DIN A5) vor, die neben einer AusweisFunction (Name, Geburtsdatum, Herkunftsland, Foto) auch eine GDL-interne Kommunikationsfunktion innehat: Auf der Karte kann etwa vermerkt werden, wann ein Bewohner sich bei welchem Mitarbeiter des Sozialdienstes vorgestellt hat, ob und wann der Bewohner Essen in der Mensa erhalten hat, wann die medizinische Eingangsunteruchung stattgefunden hat etc. Auch für die allgemeinmedizinische Behandlung findet sich ein Feld, auf dem das Datum der jeweiligen Vorstellung verzeichnet ist. Für Geflüchtete im Resettlement-Verfahren gibt es ähnliche Identifikationskarten, die jedoch rot gefärbt sind. Die Identifikationskarte wird vor der Sprechstunde vom Krankenpflegepersonal entgegengenommen, um Personendaten auf einen blauen Abrechnungs- und Dokumentationschein zu übertragen. Der Patient nimmt daraufhin im Wartezimmer Platz und wird entsprechend der Reihenfolge des Erscheinens (wobei akute Notfälle und auch gelegentlich erkrankte Kinder in der Reihenfolge „vorgezogen“ werden können) vom Arzt aufgerufen und in das Behandlungszimmer geführt.

Eine Besonderheit der Krankenstation ist, dass ein Teil der zu verschreibenden Medikamente vorrätig gelagert wird, sodass bei der Verschreibung von gängigen Medikamenten (etwa Ibuprofen) das Präparat nach der Konsultation direkt an den Patienten ausgegeben werden kann. Müssen Medikamen-

te von einer Apotheke geordert werden, so werden diese i. d. R. am selben Tag in die Krankenstation geliefert und abends ab 20:00 Uhr an die wiedereinbestellten Patienten oder an die sie vertretenden Angehörigen durch das Pflegepersonal ausgegeben.

Das Grenzdurchgangslager in Friedland als kurzfristige Aufnahmeeinrichtung für Asylsuchende, Geflüchtete und Migranten ist im Hinblick auf die geschichtliche Dimension in Deutschland einzigartig. Im Hinblick auf seine Rolle in der Versorgung von kürzlich aufgenommenen Geflüchteten bestehen hingegen viele Ähnlichkeiten mit anderen Erstaufnahmeeinrichtungen in Deutschland und in Europa (vgl. etwa Schwienhorst und Stich 2015).

2.2 Studiendesign

Für das Studiendesign wurde ein quantitatives Vorgehen gewählt, da sich hierüber Arztkontakthäufigkeiten am einfachsten messen und damit auch vergleichbar machen lassen. Zudem besteht durch ein quantitatives Vorgehen die Möglichkeit, bisher noch nicht bestehende Erkenntnisse zu generieren und somit die bestehende wissenschaftliche Erkenntnislücke in diesem spezifischen Bereich der medizinischen Versorgung zu mindern. In die Datenbasis wurden neben einer retrospektiven Erhebung und Auswertung von Patientenakten auch Fragebögen zur eingeschätzten Kommunikationsqualität und der Anwesenheit von (Laien-)Dolmetschern ausgewertet. Kontextualisiert wurden diese Daten mit Aufzeichnungen der Landesaufnahmebehörde über die Anzahl der gegenwärtig im GDL untergebrachten Personen.

Die dieser Dissertation zugrundeliegende Datenbasis wurde im Rahmen der DICTUM-Friedland-Studie erhoben, bei der eine digitale Kommunikationshilfe für nicht deutschsprechende Patienten entwickelt, erprobt und evaluiert wurde (Furaijat et al. 2019). Mit dieser Kommunikationshilfe wurden Patienten in der Warteraumsituation strukturiert zu ihren medizinischen Anliegen (Beschwerden, Symptomen) in ihrer Sprache befragt. Ein Algorithmus führt den Patienten durch einen Abfragebaum, bei dem insbesondere Hinweise auf abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe abgefragt werden. Der behandelnde Arzt erhält anschließend eine automatisiert auf Deutsch übersetzte Zusammenfassung der Angaben.

Da die Verwendung der Kommunikationshilfe möglicherweise das Inanspruchnahmeverhalten verzerrt hätte, wurden Nutzer dieses Tools von der Auswertung für die hier zu bearbeitenden Fragestellungen ausgeschlossen. Dadurch, dass sich die Nutzung des Tools nur teilweise mit dem hier untersuchten Untersuchungszeitraum überlappt und es insgesamt nur von 281 Patienten eingesetzt wurde (Müller et al. 2019), erscheint eine Beeinflussung der Nicht-Nutzer-Gruppe, die hier Gegenstand der Untersuchung ist, unwahrscheinlich.

2.3 Datenerhebung

Die Aufzeichnung der Daten erfolgte mit einem extra für diese Forschungsfrage entwickelten Work-around: Die Identifikationskarten der Patienten wurden im Forschungszeitraum mit einem Etikett, das eine eindeutige Identifikationsnummer und einen zugehörigen QR-Code aufweist, versehen. Die Etiketten wurden mittels Laserdrucker bedruckt und zeigten sich in der Handhabung recht widerständig gegenüber Verschmutzungen und Ablösungen. Diese Identifikationsnummer wurde bei jeder Vorstellung eines Patienten in der Krankenstation gescannt und der Grund der Vorstellung kodiert (Tabelle 1). Die Vorstellungsgründe, also die letztendlichen Kodizes, wurden in einem iterativen Diskussionsprozess mit mehreren Krankenpflegemitarbeitern entwickelt. Ferner wurden Etiketten mit dem QR-Code durch einen Labeldrucker dupliziert und durch das Pflegepersonal auf den durch die Ärzte handschriftlich auszufüllenden Behandlungsberichten sowie auf den Fragebögen platziert. In der Datenerfassung ließen sich so die unterschiedlichen Datenquellen (Patientenakte, Fragebögen) auf Basis einzelner Patientenvorstellungen miteinander kombinieren.

Das technische Equipment (Laptop, QR-Drucker etc.) wurde dabei vom Institut für Allgemeinmedizin gestellt, die Dateneingabe erfolgte via extra für diesen Zweck durch den Doktoranden angefertigtem VisualBasic-for-Applications-Skript auf Basis von Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmond, USA). Das Skript wurde dabei so konzipiert, dass etwaige Fehleingaben selbstständig erkannt und dem Eingebenden zurückgemeldet wurden. Für die Möglichkeit von Computerausfällen o. ä. wurde eine papierbasierte Rückfallebene zur handschriftlichen Kodierung in einer Tabelle offeriert. Ein ähnlicher papierbasierter Mechanismus wurde etabliert, um irrtümliche Eingaben melden zu können, damit sie anschließend korrigiert werden konnten.

Tabelle 1: Definition der unterschiedlichen Codes zur Kodierung der Vorstellung

<p>a) Vorstellung zur regulären Sprechstunde → Zu kodieren, wenn Patient/in sich im Rahmen der regulären allgemeinmedizinischen Sprechstunde (werktags ab 14:00 Uhr) vorstellt und im Rahmen der Sprechstunde behandelt wird.</p>
<p>b) Vorstellung zum Facharzttermin → Zu kodieren, wenn Patient/in sich zu einem vorher ausgemachten Termin einfindet, ein Liegendtransport oder Taxi bestellt wird und die Patient/in zu einem Facharzt (etwa niedergelassenem Gynäkologen oder in eine Krankenhausambulanz) zur Behandlung transportiert wird.</p>
<p>c) Wunsch nach Facharzttermin → Zu kodieren, wenn Patient sich nicht notfallmäßig vorstellt mit der eindeutigen Bitte um einen Facharzttermin. Der Patient wird dabei nicht dem diensthabenden Arzt, der Sprechstunde hält, vorgestellt. Beispiel wäre ein Patient mit Zahnschmerzen, der sich zur regulären Sprechzeit einfindet.</p>
<p>c) Medikamentenausgabe mit Beratung → Zu kodieren, wenn Patient/in sich zur regulären Ausgabe (ab 20 Uhr) in der Krankenstation einfindet und die zuständige Krankenschwester Häufigkeit, Art und Form der Medikamentenapplikation erklären muss (ggf. auch mittels schriftlicher Aufzeichnung)</p>
<p>d) Medikamentenausgabe ohne Beratung → Zu kodieren, wenn Patient/in sich zur regulären Ausgabe (ab 20 Uhr) in der Krankenstation einfindet und das Medikament ohne weitere Erläuterungen ausgehändigt bekommt (oder Erläuterungen ablehnt).</p>
<p>e) Konsultationswunsch außerhalb der Sprechstunde: Notfall → Zu kodieren, wenn sich Patient mit Symptomen außerhalb der Sprechstunde vorstellen, die eine Verlegung ins Krankenhaus notwendig machen.</p>
<p>f) Konsultationswunsch außerhalb der Sprechstunde: Pflegerische Versorgung ausreichend → Zu kodieren, wenn sich Patient mit Symptomen außerhalb der Sprechstunde vorstellen, die jedoch im Rahmen einer pflegerischen Intervention behandelt wurde (z. B. Hinweis auf die Sprechstunde am nächsten Tag, Versorgung einer Schnittwunde, Ausgabe einer Tablette Ibuprofen bei Kopfschmerzen etc.).</p>
<p>g) Pflegerische Wundkontrolle / Verbandwechsel → Zu kodieren, wenn Patient sich zu einer vorher vereinbarten Wundkontrolle oder zum Verbandwechsel einfindet. Es kommt dabei nicht zu einem Arztkontakt (sonst a und der Patient stellt sich auch nicht außerhalb der regulären Dienstzeiten vor (sonst f)).</p>

Die für die Dateneingabe verantwortlichen Krankenpfleger wurden in wiederholten Sitzungen in der Praxis der Datenaufnahme geschult. Die Wiederholung der Sitzungen war notwendig, um auch aufgrund der Dienstzeiten die im Ausgleichsfrei oder im Urlaub befindlichen Mitarbeiter schulen zu können. Insgesamt konnten vor Beginn der Datenaufnahme alle Mitarbeiter erfolgreich geschult werden. In den ersten Wochen der Datenaufnahme wurden die Mitarbeiter eng betreut; recht schnell zeigte sich jedoch eine problemlose Etablierung in den alltäglichen Arbeitsabläufen. Die anfallenden Daten wurden im Rahmen einer wöchentlichen Wartung der technischen Datenaufnahmeanlagen gesichert; in diesem Rahmen wurden auch etwaige Meldungen zu irrtümlichen Eingaben entgegengenommen und zur selben Zeit korrigiert. Während der gesamten Zeit der Datenaufnahme kam es zu

keinem Ausfall der technischen Einrichtungen. Es wurde zudem nicht über Fälle berichtet, bei denen Etiketten von Identifikationskarten beschädigt oder entfernt wurden, sodass es zu einer falschen Zuordnung gekommen wäre.

Die archivierten Behandlungsunterlagen mit QR-Codes wurden in der Folge in enger Supervision von studentischen Hilfskräften nachkodiert, wobei eine Eingabemaske in VisualBasic for Applications mit Microsoft-Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmond, USA) erstellt wurde, die entsprechende Warnmeldungen bei fehlerbehafteten Eingaben ausgab. Erhoben wurden zu jeder Vorstellung zur werktäglichen allgemeinmedizinischen Sprechstunde: Geschlecht des Patienten, Datum der Vorstellung, Alter des Patienten, Herkunft, Asylstatus (Resettlement, Asylsuchender, Sonstige), Anwesenheit von Laiendolmetscher, Anwesenheit von professionellem Dolmetscher, Vorstellungsgrund (entsprechend Tabelle 1), Diagnosen im Rahmen der allgemeinmedizinischen Behandlung (als Diagnosecode gemäß der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – German Modification in der 10. Ausgabe, im folgenden ICD-10 (DIMDI 2018)), Verschreibungen im Rahmen der allgemeinmedizinischen Behandlung (kodiert in der Anatomical Therapeutic Chemical / Defined Daily Dose Classification, im folgenden ATC (DIMDI 2019)), Darreichungsform der verschriebenen Medikamente. Die folgende Abbildung 1 zeigt exemplarisch einen Kodierungsfall in der Eingabemaske.

Nachkodieren

Patienten ID einscannen:

Patienten ID: 2474

Vorstellung:

Zeile#:	Vorstellungsgrund:	Praxis:	Behandlungsdatum:
3	Vorstellung zur regulären Sprechstunde		14.10.2017
11	Vorstellung zur regulären Sprechstunde		17.10.2017

ICD10-Codierung:

ICD10:	Beschreibung:	
1: G43.0	Migräne ohne Aura	<input type="button" value="1 Codieren"/>
2:		<input type="button" value="2 Codieren"/>
3:		<input type="button" value="3 Codieren"/>
4:		<input type="button" value="4 Codieren"/>

Vorstellung:

ACT#:	Wirkstoff:	Darreichung:	Gruppe:	
1: M01AE01	Ibuprofen	Tablette / Kapsel	Muskel- und Skelettsystem - Antiphlogistika und Antirheumatika	<input type="button" value="1 Codieren"/>
2: N02CC01	Sumatriptan	Tablette / Kapsel	Nervensystem - Analgetika	<input type="button" value="2 Codieren"/>
3:				<input type="button" value="3 Codieren"/>
4:				<input type="button" value="4 Codieren"/>

Abbildung 1: Nachkodieren eines Behandlungsfalls

2.3.1 Fragebögen

Um die Verstehens bzw. Verständnisqualität der Kommunikation einschätzen zu können, wurden Ärzte nach jeder Konsultation und das Krankenpflegepersonal nach jeder Medikamentenausgabe gebeten, Fragebögen über die Kommunikation mit Patienten auszufüllen. Da die Fragebögen mit QR-Code-Aufklebern der jeweiligen Patienten beklebt wurden, konnten diese wiederum einzelnen Behandlungsfällen zugeordnet werden. Bei Facharztkonsultationen oder notfallmäßigen Behandlungen im Krankenhaus sollten keine Fragebögen ausgefüllt werden.

In den Fragen geht es um eine Einschätzung der Kommunikation in zwei unterschiedlichen Dimensionen: Zum einen soll der Befragte angeben, ob er das Anliegen des Patienten verstehen konnte (Abbildung 2a, Frage 1) und ob beim Behandelnden der Eindruck vorherrschte, dass der Patient den Behandler verstanden hat (Abbildung 2a, Frage 2). Die Einschätzung sollte durch Ankreuzen eines Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala zwischen „voll und ganz“ und „gar nicht“ gegeben werden. Ferner sollten Ärzte bzw. das Krankenpflegepersonal angeben, ob eine Sprachmittlung durch einen Laiendolmetscher erfolgte oder nicht (Abbildung 2a, Frage 3 bzw. Abbildung 2b, Frage 4). Auf dem Pflegepersonalfragebogen (Abbildung 2b) wurde zunächst gefragt, ob es sich bei der abholenden Person auch um den Patienten handelt und nicht um z. B. einen Familienangehörigen, der lediglich die

Medikamente für das erkrankte Familienmitglied abholt. Entsprechend wurden die Angaben über die Verständigung nur dann in die Berechnungen einbezogen, wenn es sich bei der abholenden Person auch um den *eigentlichen* Patienten handelte. Die Frage 2 des Pflegepersonalfragebogens referenziert dabei auf die Frage 2 des Arztfragebogens (Abbildung 2a und soll den Aspekt des Verstehens (über den Grund der Medikamenteneinnahme) erfassen. Frage 3 des Pflegepersonalfragebogens fokussiert ähnlich wie Frage 1 des Arztfragebogens auf das antizipierte Verstehen des Patienten in der Situation. Analog zum Arztfragebogen, erfolgte die Einschätzung auf einer 5-stufigen Likert-Skala.

Weitere Fragen, die hier nicht weiter Beachtung finden, fokussieren auf die Verwendung der digitalen Kommunikationshilfe, die im DICTUM-Friedland-Projekt erprobt und evaluiert wurde (Furajiat et al. 2019). Die folgende Abbildung 2 zeigt die Fragebögen für Ärzte a und das Pflegepersonal b.

a)

Meine Meinung zur gerade stattgefundenen Konsultation:

ID
Etikett

1. Haben Sie das Anliegen des Patienten verstanden?
 voll und gar nicht
 ganz

2. Hat der Patient Ihre vorgebrachten Empfehlungen (z.B. zur Medikamenteneinnahme) verstanden?
 voll und gar nicht
 ganz

3. War ein Laiendolmetscher anwesend? Wurde durch einen Angehörigen (Laiendolmetscher) übersetzt? (z.B. englisch, deutsch)
 ja nein

(bitte bei jeder Konsultation ausfüllen)

Nur, falls eine **ausgedruckte Synopse** vorlag, ausfüllen:

4. Wie hat der Ausdruck die Konsultation beeinflusst?
 verbessert verschlechtert

5. Widersprechen sich Ausdruck und Ihr klinischer Eindruck vom Patienten?
 ja nein

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

DICTUM-Projekt
 Dr. Evelyn Kleinert
 Tel. 0551-39-65302 od. -22638
evelyn.kleinert@med.uni-goettingen.de

UNIVERSITÄTSMEDIZIN
 GÖTTINGEN
UMG
 ALLGEMEINMEDIZIN

b) Befragung Pflegepersonal

Sie haben gerade die Medikamente ausgegeben und erklärt. Dazu möchten wir Sie nach **Ihrer Meinung** befragen:

ID
Etikett

1. War die abholende Person heute in der ärztlichen Sprechstunde?
 Ja, als Patient/in
 Ja, mit einem erkrankten Kind
 Ja, als Begleitung eines Angehörigen
 Nein, holt nur Medikamente ab
 kann ich nicht sagen

2. Wusste die Patient/die Patientin (bzw. Angehörige) bereits, warum die Arznei verordnet wurde?
 voll und gar nicht
 ganz

3. Hat der Patient/die Patientin (bzw. Angehörige) Ihre Empfehlungen zur Medikamenteneinnahme (bzw. zum weiteren Vorgehen) verstanden?
 voll und gar nicht
 ganz

4. War ein Laiendolmetscher anwesend? Wurde durch einen Angehörigen (Laiendolmetscher) übersetzt? (z.B. englisch, deutsch)
 ja nein

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

DICTUM-Projekt
 Dr. Evelyn Kleinert
 Tel. 0551-39-65302 od. -22638
evelyn.kleinert@med.uni-goettingen.de

UNIVERSITÄTSMEDIZIN
 GÖTTINGEN
UMG
 ALLGEMEINMEDIZIN

Einschätzung erfolgte durch a) behandelnde Ärzte, b) Pflegepersonal

Abbildung 2: Fragebögen zur Einschätzung der Kommunikation mit Patienten

2.4 Statistische Methoden und Kodierungen

2.4.1 Statistische Auswertungsmethoden

Die erhobenen quantitativen Daten, die zunächst als Excel-Dateien vorlagen, wurden anschließend in SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Version 25, IBM Corporation, Armonk, USA) importiert. Anschließend wurde eine ausgiebige manuelle Sichtung der Daten vorgenommen und Eingabefehler korrigiert (etwa Rechtschreibfehler der Herkunftsländer) sowie irrtümliche Doppeleingaben gelöscht. In einem nächsten Schritt wurden Tabellen auf Patienten-, Fall- und Zeitbasis erstellt und mit Datenbeständen der LAB über die Anzahl der zu jedem Zeitpunkt im GDL anwesenden Personen ergänzt.

Eine Besonderheit traf auf eine bestimmte Geflüchteten-Gruppe, die sog. „Resettlement-Geflüchteten“ zu: Diese Gruppe wurde in Kontingenten über einen Drittstaat im Rahmen besonderer Regelungen aufgenommen, entsprechend wurde uneinheitlich entweder dieser Drittstaat (zumeist Türkei) oder der eigentliche Herkunftsstaat (zumeist Syrien) kodiert. Dies wurde bereinigt, indem nachträglich gemeinsam mit LAB-Mitarbeitern die korrekten Herkunftsstaaten identifiziert wurden. Wo dies nicht möglich war, wurde als Herkunftsland „Unbekannt“ angegeben.

Für die statistische Auswertung wurden zunächst die Gesamtkohorte und im Verlauf auch Subgruppen mittels deskriptiver bzw. univariater Statistik analysiert. Dies umfasste etwa die Verteilung von absoluten und relativen Häufigkeiten, Angabe von Minima und Maxima sowie Lagemaßen wie arithmetisches Mittel (im Folgenden häufig als „Mittelwert“, „Durchschnitt“ bezeichnet oder abgekürzt \bar{x}) und Standardabweichungen (SD).

Für weitere teststatistische Analysen wurde immer zunächst auf Normalverteilung überprüft, da die Frage nach der Normalverteilung über die Wahl der zu verwendenden teststatistischen Methode entscheidet. Hierbei wurden die Tests nach Kolmogorov-Smirnov mit Lilliefors Signifikanzkorrektur bzw. Shapiro-Wilk angewendet. Alle wesentlichen Variablen, u.a. Anzahl der Arztkontakte, Notfallbehandlungen und Facharztbehandlungen, zeigten sich dabei als nicht normalverteilt ($p < 0,001$), sodass auf übliche Testverfahren, wie t-Tests zugunsten anderer Testverfahren, die keiner Normalverteilung bedürfen, verzichtet wurde.

Um Unterschiede zwischen Gruppen auf Signifikanz zu prüfen, wurden in der Folge bei ausschließlich nominalskalierten Variablen der Chi-Quadrat-Homogenitätstest (im Folgenden auch χ^2 -Test) bzw. bei beobachteten $n < 5$ der Fisher's-Exact-Test durchgeführt. Vermutete lineare Zusammenhänge, etwa zwischen Alter und Anzahl von Arztkontakten, Notfallbehandlungen und Facharztbehandlungen wurden mittels Rangkorrelation nach Spearman berechnet. Die Testung des Einfluss von kategorialen

Variablen, wie etwa Geschlecht oder rechtlicher Status, auf metrische Variablen, wie beispielsweise der Vorstellungshäufigkeit, erfolgte unter Verwendung des Mann-Whitney-U-Tests.

Aufgrund der großen Kohorte sind viele Ergebnisse teststatistisch signifikant. Um die Größe des Effekts auf die abhängige Variable abzuschätzen, wurde zusätzlich, wo es sinnvoll erschien, die Effektstärke bestimmt. Mittels der Effektstärke lässt sich die Größe eines statistischen Effekts beziffern und somit die Relevanz signifikanter Ergebnisse verdeutlichen. Dabei wurde die Maßzahl r berechnet, die Ausprägungen von 0 bis +1 annehmen kann. Sie gibt dabei den Zusammenhang zwischen zwei Faktoren wieder. Ist $r = 0$, so ist von keinem Zusammenhang auszugehen, bei $r = 1$ besteht ein starker linearer Zusammenhang. Die Effektstärke kann dabei nach Cohen beziffert werden: Mit $|r| > 0,10$ wird ein schwacher Effekt beziffert, $|r| > 0,30$ entspricht einem mittleren Effekt und entsprechend $|r| = 0,50$ oder größer einem starken Effekt (Cohen 1992). Die Effektstärke nach Cohen kann dabei sowohl für lineare Korrelationsmodelle als auch für den Mann-Whitney-U-Test angewendet werden. Während er beim Korrelationsmodell nach Spearman typischerweise automatisch ausgegeben wird (entspricht $r = |\text{Spearman's rho}|$), lässt er sich beim Mann-Whitney-U-Test aus dem Testergebnis z sowie der Anzahl der Subjekte n mittels folgender Formel ermitteln:

$$r = \left| \frac{z}{\sqrt{n}} \right|$$

Der Darstellung der unmittelbaren Effektstärke r wurde zur besseren Vergleichbarkeit der Vorzug gegenüber der häufig verwendeten Darstellung des Testergebnisses des Mann-Whitney-U-Tests z gegeben.

Um Einflussfaktoren auf Wiedervorstellungsraten untereinander zu überprüfen, wurde schließlich eine Regressionsanalyse durchgeführt. Ergebnisse wurden als signifikant erachtet, wenn sie nicht größer als das übliche Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ waren. Zur besseren Übersichtlichkeit wurden signifikante Ergebnisse in Grafiken und Tabellen mit * markiert. Signifikanzen mit $p \leq 0,001$ wurden mit ** markiert. Auf früher übliche Begriffe wie „hochsignifikant“ oder „höchst signifikant“ wurde bewusst verzichtet. Im Rahmen der Regressionsanalyse wurden zudem Konfidenzintervalle (abgekürzt mit „CI“) angegeben, wobei das übliche Konfidenzniveau von 95% gewählt wurde.

Grafiken wurden teilweise mit SPSS und teilweise mit Microsoft Excel 2010 erstellt. Kartendarstellungen erfolgte unter Verwendung von Google Fusion Tables (Alphabet Inc., Mountain View, USA).

2.4.2 Kodierung von chronischen Erkrankungen

Zur Berechnung, ob sich Patienten mit Diagnosen chronischer Erkrankungen häufiger vorstellen, wurde die Variable „chronische Diagnosen“ auf Basis der durch die Ärzte vergebenen Diagnosen ge-

bildet. Als chronische Erkrankung wurden dabei alle Diagnosen bewertet, die es dem behandelnden Allgemeinmediziner erlauben, im gegenwärtigen Abrechnungssystem eine spezielle Chronikerabrechnungsziffer („Chronikerpauschale“) geltend zu machen. Die in Frage kommenden Erkrankungen sind in der Liste des Honorarverteilungsvertrags vom Jahr 2019 verzeichnet und stellen damit einen pragmatischen und gleichzeitig abrechnungsrelevanten Querschnitt über chronische Erkrankungen dar (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen 2019). Als chronische Erkrankungen gelten dabei eine Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungen, etwa chronische Schmerzstörungen, Multiple Sklerose, rheumatische Erkrankungen, viele Krebserkrankungen aber auch Bluthochdruck, Arthrose oder Osteoporose.

2.4.3 Kodierung von Herkunftsländern und -regionen

Für die Auswertung wurden Herkunftsländer in Regionen gegliedert. Die Aufteilung orientiert sich dabei an der von den Vereinten Nationen und der WHO verwendeten Nomenklatur (Bradby et al. 2015), wobei hier bewusst für eine genauere Unterscheidung auch zwischen Afrika und Nordafrika sowie zwischen Staaten des Nahen und Mittleren Ostens unterschieden wird. Die nachfolgende Tabelle 2 gibt darüber Aufschluss, welche Staaten welchen Regionen zugeordnet wurden:

Tabelle 2: Zuordnung der Herkunftsregionen

Afrika	Asien	Europa	GUS ³	Mittlerer Osten	Naher Osten	Nordafrika	Südamerika
Äthiopien	Bangladesch	Albanien	Armenien	Indien	Irak	Algerien	Kolumbien
Burundi	Philippinen	Bosnien	Aserbaidschan	Nepal	Jemen	Marokko	
Cote d'Ivoire	Vietnam	Deutschland	Georgien	Pakistan	Libanon	Tunesien	
Eritrea		Kosovo	Kasachstan	Afghanistan	Palästina	Ägypten	
Gabun		Mazedonien	Russland	Iran	Syrien		
Gambia		Republik Moldau	Tschetschenien		Türkei		
Guinea		Montenegro	Ukraine				
Kamerun		Serbien	Usbekistan				
Liberia							
Mali							
Mosambik							
Namibia							
Niger							
Nigeria							
Ruanda							
Simbabwe							
Somalia							
Sudan							
Togo							

Diese Einteilung wurde auch für die weiteren Analysen verwendet.

³ Ukraine und Georgien sind in den vergangenen Jahren aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten ausgetreten, aus pragmatischen Gründen werden sie hier jedoch weiterhin in dieser Gruppe subsumiert.

2.4.4 Kodierung bestimmter Medikamentenverordnungen

Um den Einfluss der Verordnung bestimmter Medikamente auf die Vorstellungshäufigkeit zu bestimmen, wurden die als ATC-Code aufgezeichneten Verschreibungen in thematische Gruppen umkodiert.

Antibiotikaverordnungen lagen vor, wenn Wirkstoffe aus einer der folgenden ATC-Subgruppen verordnet wurden:

Tabelle 3: ATC Kapitel für Antibiotikaverordnungen

J01	Systemic antiinfectives
A01AB	Antiinfectives and antiseptics for local oral treatment
A02BD	Combinations for eradication of Helicobacter pylori
A07A	Intestinal antiinfectives
D01	Antifungals for dermatological use
D06	Antibiotics and chemotherapeutics for dermatological use
D07C	Corticosteroids, combinations with antibiotics
D09AA	Ointment dressings with antiinfectives
D10AF	Antiinfectives for treatment of acne
G01	Gynecological antiinfectives and antiseptics
P	Antiparasitic products, insecticides and repellents
R02AB	Throat preparations for local treatment
S01A	Ophthalmological antiinfectives
S02A	Otological antiinfectives
S03A	Eye and ear preparations with antiinfectives

Bei systemischen Antibiotikaverordnungen wurden lediglich Medikamentenverordnungen aus der Gruppe J01 (Systemic antiinfectives) herangezogen.

Um den Einfluss von Antipsychotikaverordnungen auf Wiedervorstellungsraten zu berechnen, wurde jede Verordnung aus der ATC-Subgruppe N05A („Antipsychotics“) als antipsychotische Medikation herangezogen. Genauso wurde auch für Verordnungen von Anxiolytika (Gruppe N05B „Anxiolytics“ und Gruppe N05C „Hypnotics and Sedatives“), Antidepressiva (Gruppe N06A „Antidepressants“) sowie nervensystemwirksame Agentien (Gruppe N „Nervous Systems“) verfahren.

Für die Zusammenfassung von Schmerzmittelverordnungen fanden die nachstehenden ATC-Codes Verwendung:

Tabelle 4: ATC-Kapitel für Schmerzmittelverordnungen

N02	Analgesics
A03D	Antispasmodics in combination with analgesics
A03EA	Antispasmodics, psycholeptics and analgesics in combination
M01	Antiinflammatory and Antirheumatic Products
M02A	Topical Products for Joint and Muscular Pain
M03	Muscle Relaxants
N02A	Opioids

Letzterer Code fand zudem Verwendung, um Patienten mit Verschreibungen von Opioiden zu identifizieren.

2.4.5 Kodierung somatoformer Symptome

In der primärmedizinischen Versorgung von Geflüchteten, insbesondere in Erstaufnahmesituationen, ist die korrekte Diagnostik von psychischen Beschwerden herausfordernd. Rohlof et al. beschrieben, dass Geflüchtete häufig aufgrund unspezifischer Beschwerden medizinische Hilfe aufsuchen, wobei diese Ausdruck einer somatoformen Verschiebung sein können (Rohlof et al. 2014).

Auf Basis der vergebenen Diagnosen wurde als neue Variable „somatoformes Symptom“ eingeführt. Diese wurde auf Fallebene kodiert, wenn a) bei einem Patienten einer der in Tabelle 5 aufgegliederten unspezifischen Diagnosen kodiert wurde

Tabelle 5: Diagnosekriterien für das somatische Symptom

• R10.1 Schmerzen im Bereich des Oberbauches	• M54.8 Sonstige Rückenschmerzen	• R20.2 Parästhesie der Haut
• F51. Nichtorganische Insomnie	• M54.9 Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet	• R20.8 Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut
• G44.2 Spannungskopfschmerz	• M79.1- Myalgie	• R39.1 Sonstige Miktionsstörungen
• G47.0 Ein- und Durchschlafstörungen	• M79.6- Schmerzen in den Extremitäten	• R41 Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen
• G47.1 Krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis	• M79.7- Fibromyalgie	• R42 Schwindel und Taumel
• G47.2 Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus	• R00.2 Palpitationen	• R43 Störungen des Geruchs- und Geschmackssinnes
• G47.9 Schlafstörung, nicht näher bezeichnet	• R00.8 Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Herzschlages	• R45 Symptome, die die Stimmung betreffen
• H81.9 Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	• R03.1 Unspezifischer niedriger Blutdruckwert	• R46.2 Seltsames und unerklärliches Verhalten
• K30 Funktionelle Dyspepsie	• R06.6 Singultus	• R46.5 Misstrauen oder ausweichendes Verhalten
• K58 Reizdarmsyndrom	• R06.7 Niesen	• R46.8 Sonstige Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen
• K59.0 Funktionelle Diarrhoe	• R07.1 Brustschmerzen bei der Atmung	• R49 Störungen der Stimme
• K59.1 Obstipation	• R10.2 Schmerzen im Becken und am Damm	• R51 Kopfschmerz
• K59.8 Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	• R10.3 Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	• R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert
• K59.9 Funktionelle Darmstörung, nicht näher bezeichnet	• R10.4 Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	• R53 Unwohlsein und Ermüdung
• M54.3 Ischialgie	• R11 Übelkeit und Erbrechen	• R55 Synkope und Kollaps
• M54.4 Lumboischialgie	• R14 Flatulenz und verwandte Zustände	• R63.0 Anorexie
• M54.5 Kreuzschmerz	• R19.1 Abnorme Darmgeräusche	
• M54.6 Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule		

Diese Liste basiert auf der S3-Leitlinie „funktionelle Körperbeschwerden“ (Roenneberg et al. 2019).

und b) das kodierte Symptom nicht durch eine weitere erklärende Diagnose konkretisiert wurde (so würde etwa bei einem Patienten mit den Diagnosen „Kopfschmerzen“ und „Migräne“ kein somatoformes Symptom vergeben werden).

2.5 Datenschutz und Ethikvotum

Das Dissertationsvorhaben wurde unter Verwendung von Daten der DICTUM-Friedland Studie realisiert. Diese Studie wurde von der Ethikkommission der Universitätsmedizin Göttingen in einem Ethikvotum (16/3/17) positiv bewertet. Gängige forschungsethische und datenschutzrechtliche Standards wurden eingehalten.

Die Durchführung der Datenerhebung erfolgte dabei in enger Abstimmung und mit Unterstützung durch die LAB Niedersachsen und den Maltesern in der Diözese Hildesheim.

3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Kohorte

3.1.1 Demografie

Im Rahmen der Studie wurden Daten über 366 Tage erhoben (15. August 2017 bis 15. August 2018). In diesem Zeitraum wurden insgesamt 3.811 Vorstellungen zur allgemeinmedizinischen Sprechstunde, 136 Notfallbehandlungen und 712 Facharztvorstellungen registriert, die sich auf 2.111 Patienten verteilen.

In dem Untersuchungszeitraum waren insgesamt 5.133 Menschen im GDL untergebracht (2.210 Asylsuchende und 2.923 Resettlement-Geflüchtete). Werden die Tage der Personen der in Friedland untergebrachten Menschen summiert, zeigt das Ergebnis beeindruckende 112.879 Personentage oder 309,25 Personenjahre. Im Zeitverlauf fluktuierte die Anzahl der in Friedland untergebrachten Menschen: Im Durchschnitt waren pro Tag 310 Menschen im GDL untergebracht (Min 116, Max 541, SD 117). Die kleinere Gruppe der Asylsuchenden fluktuierte dabei weniger: Von dieser Gruppe waren im Schnitt 202 Menschen anwesend (116-255, SD 58). Im Resettlement-Programm wurden hingegen zu einem Stichtag eine große Anzahl Menschen (100-300 Menschen) aufgenommen, die Friedland i. d. R. geschlossen nach etwa zwei Wochen wieder verließen. Im Durchschnitt waren im Untersuchungszeitraum 107 Resettlement-Geflüchtete pro Tag in Friedland untergebracht (Min 0, Max 358, SD 103). Die durchschnittliche Anwesenheit der Bewohner im GDL betrug 22 Tage (Asylsuchende: 33,27 Tage, Resettlement: 13,46 Tage).

Zu den 3.022 Menschen (59%), die sich im GDL befunden haben, aber keine medizinische Hilfe in der Krankenstation in Anspruch genommen haben, liegen keine weiteren Daten vor bzw. konnten keine weiteren Daten von der Landesaufnahmebehörde zur Verfügung gestellt werden. Alle fortfolgenden Beschreibungen beziehen sich - mit Ausnahme der Inanspruchnahmen im Jahresverlauf - also auf Menschen, die sich in der Krankenstation vorgestellt haben.

Die Patienten waren im Schnitt 26 Jahre alt (0-81, SD 18,63), wobei weibliche Patienten mit durchschnittlich 26,7 Jahren etwas älter waren als männliche Patienten (\emptyset 24,7). Dieser Unterschied war signifikant (Mann-Whitney- U $z = -2,494$, $p = 0,013$).

Ein Viertel der Patienten war unter acht Jahren alt, die Hälfte der Patienten 25 Jahre oder jünger und 75% der Patienten hatten das 38. Lebensjahr noch nicht abgeschlossen. Abbildung 3 zeigt die Altersverteilung der Kohorte. Bei dieser fällt auf, dass sich einerseits viele Kleinkinder und andererseits viele Geflüchtete aus der Altersgruppe der 30- bis 40-jährigen vorstellte. Patienten über 65 Jahren oder Hochbetagte fanden sich in der Kohorte jedoch nur selten.

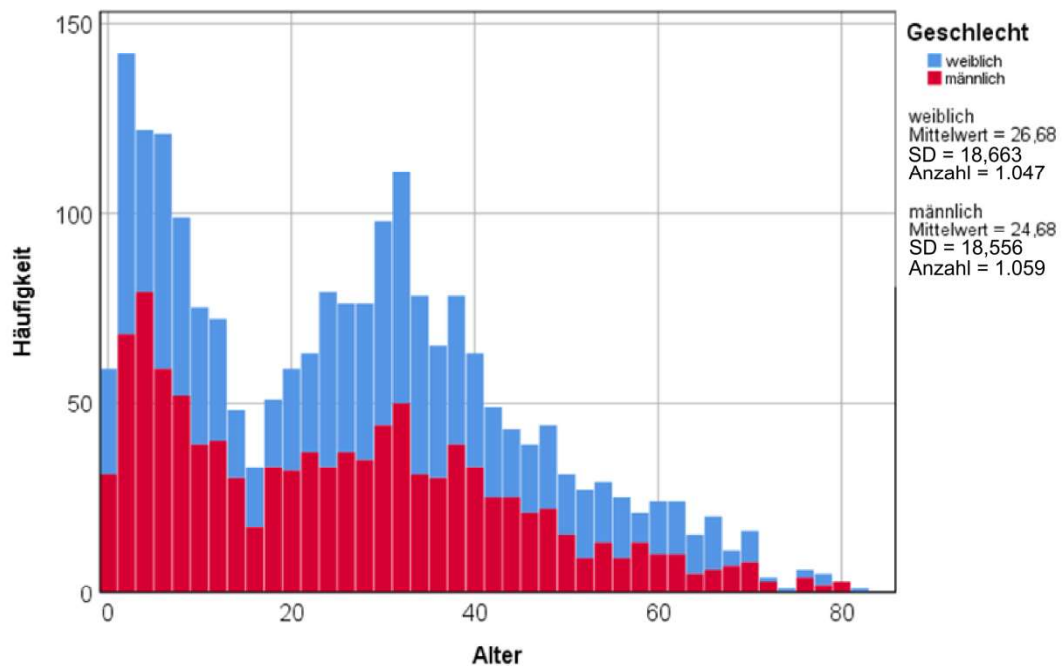


Abbildung 3: Altersverteilung der Stichprobe

Tabelle 6: Alter und Aufenthaltsstatus

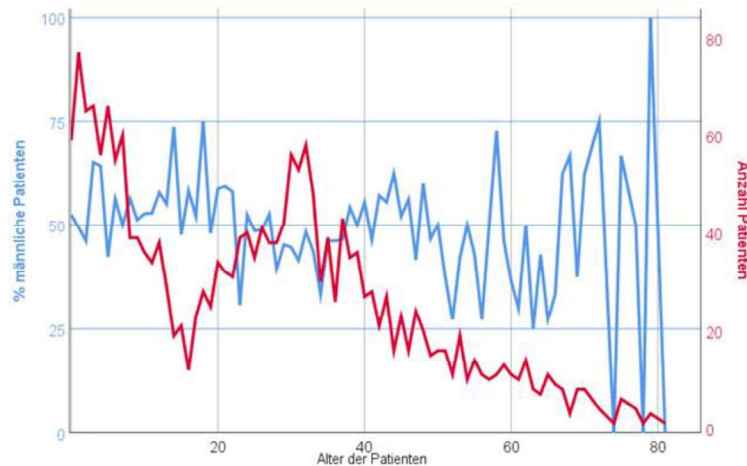
Demografie:	(n = 1.222 Patienten)
Alter (Jahre)	Ø 26 Jahre (0-81 Jahre, SD 18,63) Median: 25 Jahre
Weibliches Geschlecht (n)	1.047 (49,7%)
Rechtlicher Status:	
Asylsuchende Patienten (n)	1.221 (57,8%)
Resettlement-Geflüchtete Patienten (n)	890 (42,2%)
Asylsuchende Bewohner (n)	2.210 (43,1%)
Resettlement-Geflüchtete Bewohner (n)	2.923 (56,9%)

Die Verteilung zwischen Asylsuchenden und Personen mit Resettlement-Status erscheint auffällig: Obwohl Asylsuchende nur 43,1% der Bewohner im GDL ausmachten, stellten sie 57,8% der Patienten. Dieser Unterschied ist signifikant ($X^2 = 319,696$, $p > 0,001$) und erscheint auch klinisch relevant (vgl. auch Kleinert et al. 2019).

Die Geschlechterverteilung zeigt sich in der Kohorte nicht über alle Altersgruppen ausgeglichen. Auffällig ist etwa, dass sich bei den 15- bis 20-jährigen Patienten ein Männerüberschuss abzeichnet, um das dreißigste Lebensjahr lässt sich ein deutlicher Frauenüberschuss feststellen. In der Altersgruppe

60+ sind die Patientenzahlen zu gering (<10 / Jahrgang), sodass hier die Geschlechterverteilung stark fluktuiert. Eine Übersicht gibt Abbildung 4.

Abbildung 4: Geschlechterverteilung in Abhängigkeit vom Patientenalter



3.1.2 Herkunftsregionen

Die meisten Patienten stammten aus dem Nahen Osten, den GUS-Staaten (inkl. Georgien und Ukraine) sowie dem Mittleren Osten. Der überwiegende Anteil (89%) der Resettlement-Geflüchteten stammt aus dem Nahen Osten (Syrien), wobei dies nicht ihr letzter Aufenthaltsort gewesen ist. Die meisten Resettlement-Geflüchtete waren vor ihrer Übersiedlung als Geflüchtete in der Türkei bzw. in Ägypten oder Jordanien untergebracht. In der weiteren Auswertung werden diese jedoch, sofern möglich, unter ihrem Herkunftsland subsumiert. Eine Übersicht über Herkunftsregionen und die häufigsten Herkunftsländer zeigen die folgende Tabelle 7 und Tabelle 8.

Tabelle 7

Tabelle 7: Herkunftsregionen

Herkunftsregion	n (%)
Naher Osten	1.146 (54,3%)
GUS	246 (11,7%)
Mittlerer Osten	241 (11,4%)
Afrika	167 (7,9%)
Unbekannt / Ungeklärt / Staatenlos	93 (4,4%)
Nordafrika	65 (3,1%)
Europa	65 (3,1%)
Südamerika	24 (1,1%)
Asien	4 (0,2%)

Tabelle 8: Herkunftsländer

Herkunftsländer (10 häufigste)	n (%)
Syrien	870 (41,2%)
Irak	209 (9,9 %)
Georgien	146 (7,0%)
Afghanistan	127 (6,0%)
Iran	94 (4,5%)
Unbekannt	74 (3,5%)
Ägypten	62 (2,9%)
Türkei	53 (2,5%)
Moldau, Republik	49 (2,3%)
Nigeria	46 (2,2%)

Ein Blick auf die Weltkarte (Abbildung 5) verdeutlicht, dass ein Großteil der Patienten aus dem Nahen bzw. Mittleren Osten stammte. Als ehemaliger GUS-Staat erscheint Georgien als Herkunftsland erheblich, Südostasien war nur vereinzelt vertreten, während kleinere Patientengruppen aus einer Vielzahl unterschiedlicher Länder aus dem subsaharischen Afrika stammten. Die Karte deckt sich wesentlich mit den Konfliktorten im Nahen und Mittleren Osten. Patienten aus anderen Konfliktorten oder aus Staaten mit humanitären Krisen oder autokratischen Regierungssystemen, wie etwa Sudan, Nigeria, Demokratische Republik Kongo, Somalia oder Pakistan, finden sich hingegen kaum.

Abbildung 5: Herkunftsländer der Kohorte



3.1.3 Diagnosen

Diagnosen und Verschreibungen wurden aus den Aufzeichnungen der Ärzte zu jedem Behandlungsfall nachkodiert. Insgesamt wurden 5.398 Diagnosen vergeben. Ein Großteil umfasste Erkältungssymptome wie Husten (n = 271), Halsschmerzen (n = 221), Schnupfen (n = 192) sowie Fieber (n = 188) und damit zusammengenommen 16,2% aller Diagnosen. Häufige Diagnosen waren ferner Hypertonie (n = 149), Kopfschmerzen (n = 139) sowie Infektionserkrankungen wie akute Bronchitis (n = 132) und Angina tonsillaris (n = 124). Bemerkenswert sind ferner 100 diagnostizierte Schwangerschaften sowie 81 Depressionen. Die hundert häufigsten Erkrankungen sind im Anhang in Tabelle A-1 auf S. 86 verzeichnet. Zur besseren Auswertung wurden die Erkrankungen in die ICD-10-Kapitel gruppiert. Die nachfolgende Abbildung 6 zeigt die Anzahl der Patienten, die eine Diagnose aus der entsprechenden ICD-Kategorie im Rahmen einer Behandlung in Friedland erhalten haben.

Dabei fällt auf, dass die überwiegende Anzahl der Patienten Diagnosen aus der ICD-Kategorie „Symptome und abnorme klinische Laborbefunde“ erhalten haben. Dies spiegelt die Kodierung typischer „Symptomdiagnosen“, wie etwa „Kopfschmerzen“ oder „Fieber“ im Rahmen allgemeinmedizinischer Behandlungen wieder, die meist alleinig durch Anamnese und körperliche Untersuchung und ohne Zuhilfenahme von bildgebender oder laborchemischer Diagnostik gestellt werden. Dies ist ein übliches und pragmatisches Vorgehen in der allgemeinmedizinischen Praxis, da eine umfangreiche Ausdiagnostizierung gerade bei banalen Erkrankungen wie Infekten der oberen Atemwege in der Mehrheit der Fälle nicht zielführend ist.

In der nun größten „R-Gruppe“ ist dabei eine Vielzahl von Symptomen unterschiedlicher Organsysteme versammelt. Werden die ICD-10-Diagnosen in die seltener verwendete Diagnosenomenklatur ICPC-2 (WONCA 2001) umkodiert, lässt sich ein Großteil der R-Diagnosen auf andere Organsysteme „verteilen“: Die Diagnose Kopfschmerzen, die im ICD-10 die unspezifische Diagnose „R51“ erhält, wird dabei beispielsweise umkodiert in die ICPC-2 Kategorie „N01 – Kopfschmerz“ und gehört damit in das Kapitel „Neurologie“. Die in den ICPC umkodierten Diagnosen sind in

Abbildung A-1 im Anhang auf S. 89 dargestellt. Hier zeigt sich jedoch auch, dass sich die Reihenfolge der häufigsten Krankheitsentitäten, und in großen Teilen auch ihre mengenmäßige Verteilung, im Vergleich zu einer Betrachtung nach ICD-10-Kriterien nicht ändern.

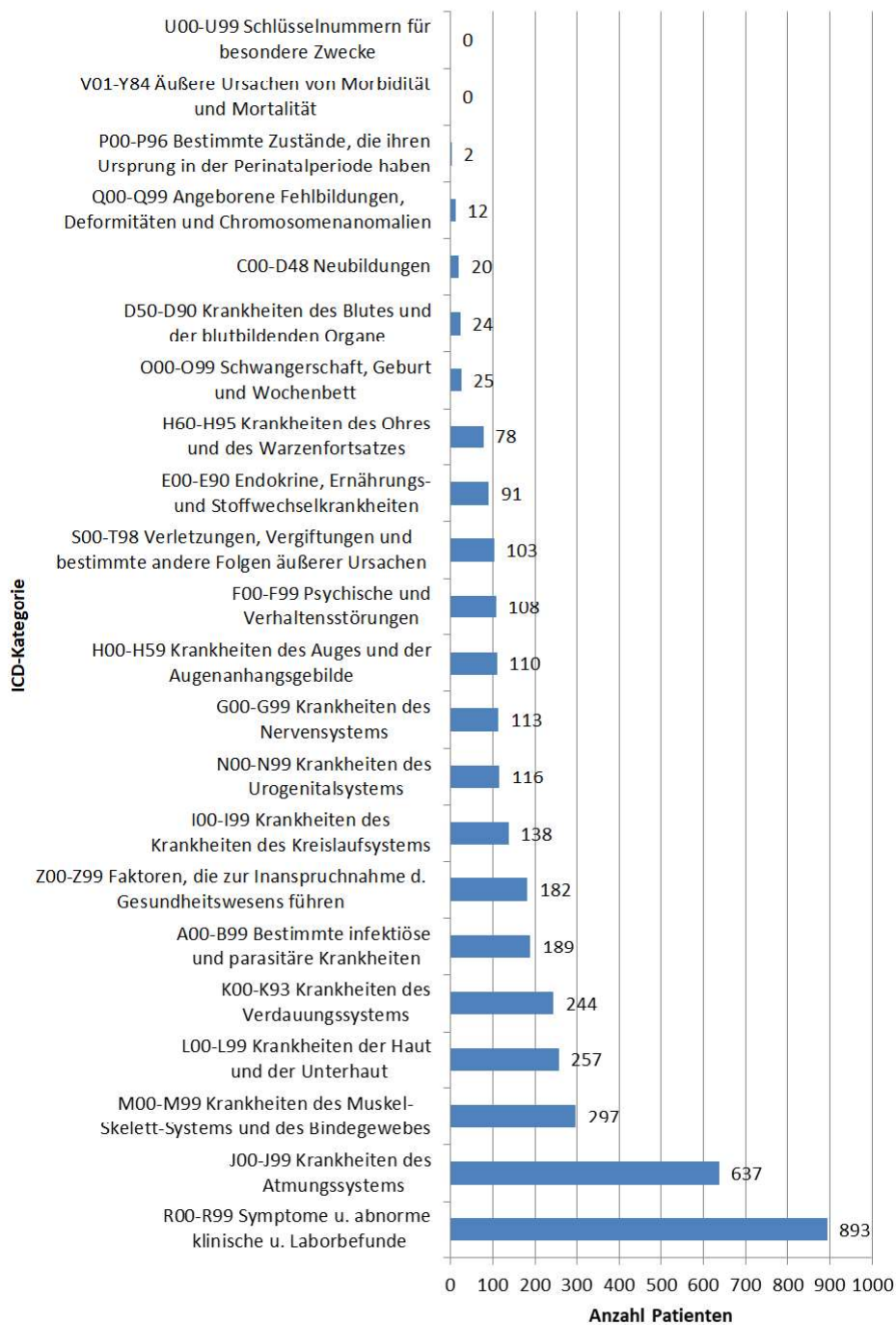


Abbildung 6: Anzahl der Patienten mit Diagnosen aus den entsprechenden ICD-Kategorien

3.1.4 Medikamentenverschreibungen

Innerhalb des Untersuchungszeitraums wurden 306 unterschiedliche Wirkstoffe in 4.359 Einzelschreibungen verordnet. Die häufigste Applikationsart waren Tabletten / Kapseln mit 2.357 Verschreibungen (54,1%), gefolgt von Saft / Pulver zum Anrühren mit 765 Verordnungen (17,5%), Creme / Salben (n = 432, 9,9%), Tropfen (n = 252, 5,8%) und Analzäpfchen (n = 164, 3,8%). Am seltensten wurden Injektionslösungen und Vaginaltabletten / -salben (jeweils n = 48, 1,1%) verschrieben.

Am häufigsten wurden die Wirkstoffe Ibuprofen (n = 836, 19,2%), Amoxicillin (n = 295, 6,8%), Xylo-methazolin (n = 283, 6,5%) und Metamizol (n = 264, 6,1%) verschrieben. Eine Liste der 100 häufigsten Wirkstoffe findet sich im Anhang in Tabelle A-2 auf S. 90. Wird die Anzahl der Patienten betrachtet, die mindestens eines der Wirkstoffe eingenommen haben, und die Wirkstoffe zu Hauptgruppen des ATC zusammengefasst, zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Patienten Medikamente aus der Gruppe „Respirationstrakt“, „Nervensystem“ (hier sind ebenfalls viele Schmerzmittel verzeichnet) und Antiinfektiva (hier sind insbesondere Antibiotikaverordnungen enthalten) verschrieben bekommen haben. Näheres zeigt die nachfolgende Abbildung 7.

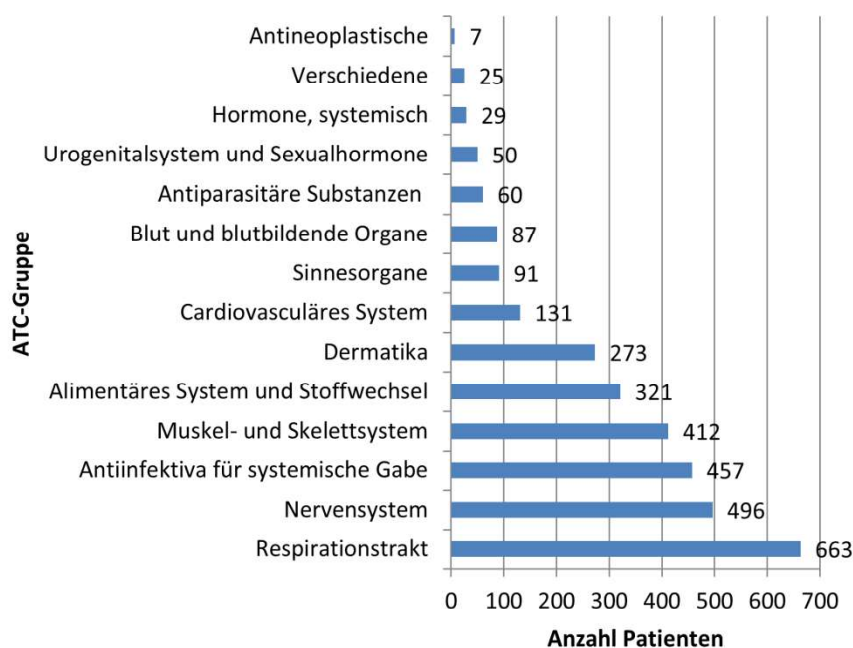


Abbildung 7: Patientenanzahl mit Verschreibung aus der jeweiligen ATC-Gruppe

3.1.5 Vollständigkeit der erhobenen Daten

Die Datenqualität war insgesamt zufriedenstellend. Während nur sehr vereinzelt demografische Daten zu Patienten fehlen, fiel die Rückantwort der befragten Ärzte deutlich geringer aus, sodass hier nur zu etwa 61% der Patienten eine oder mehrere Einschätzungen vorliegen.

Nähere Informationen zeigt die folgende Tabelle 9:

Tabelle 9: Vollständigkeit der erhobenen Daten

Informationen lagen vor zu:	(n = 2.111)
Geschlecht	100%
Alter	99,76%
Herkunft ⁴	98,25%
Diagnose	90,7%
Aussage über die Verwendung von Laiendolmetschern	61,0%
Einschätzung der Verständigung durch behandelnden Arzt	61,5%
Fälle, in denen alle oben stehenden Informationen vorhanden sind	58,0%

3.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum 3.811 Vorstellungen zur allgemeinmedizinischen Sprechstunde, 712 Vorstellungen zu Fachärzten und 136 Notfallbehandlungen (notfallmäßige Krankenhausaufnahmen) registriert. 41,1% (n = 2.111) aller Einwohner (n = 5.133) stellten sich ein- oder mehrmals in der Krankenstation für eine allgemeinmedizinische Behandlung vor. Patienten waren im Schnitt 26 Jahre alt und hatten durchschnittlich 2,2 Arztkontakte (0-44, SD 2,4), wovon durchschnittlich 0,06 Kontakte (0-2, SD 0,26) auf Notfallbehandlungen und durchschnittlich 0,33 Kontakte (0-9, SD 0,85) auf Facharztbehandlungen entfielen.

Das Maximum waren 44 ärztliche Behandlungen für einen Patienten. Insgesamt wurden 37 Patienten gezählt, die mehr als 10 Arztkontakte auf sich vereinten.

Bezogen auf alle Einwohner des GDL wurden im Studienzeitraum durchschnittlich 0,9 Arztkontakte pro Einwohner gezählt (Facharztbehandlung 0,13, Notfallbehandlungen 0,03). Die mittlere Zeitspanne zwischen erster und letzter Behandlung betrug 12,7 Tage (0-166 Tage, SD 18,2, Median: 6).

⁴ Wenn als Herkunftsland „ungeklärt“ bzw. „unbekannt“ verwendet wurde, ist dies nicht gleichzusetzen mit einer schlechten Datenqualität oder Problemen in der Datenaufnahme. Die Herkunftsarten „unbekannt“ bzw. „ungeklärt“ sind Termini der GDL-Verwaltung: Ungeklärt bzw. unbekannt bedeutet, dass sich Personen sich nicht ausweisen konnten oder ihre Nationalität nicht anderweitig geklärt werden konnte.

Tabelle 10: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Leistung	(n = 2.111)
Arztkontakte / Patient	Ø 2,21 (0-44, SD 2,44) Median: 1
davon Notfallbehandlungen / Patient	Ø 0,06 (0-2, SD 0,26) Median: 0
davon Facharztbehandlungen / Patient	Ø 0,33 (0-9, SD 0,85) Median: 0
Arztkontakte / Einwohner	Ø 0,91
davon Notfallbehandlungen / Einwohner	Ø 0,03
davon Facharztbehandlungen / Einwohner	Ø 0,13
Zeitspanne zwischen erster und letzter Behandlung	Ø 12,71 Tage (0-166, SD 18,17) Median: 6
Arztkontakte / Einwohner / Jahr	Ø 12,32
davon Notfallbehandlungen / Einwohner / Jahr	Ø 0,44
davon Facharztbehandlungen / Einwohner / Jahr	Ø 2,30

Die folgende Abbildung 8 veranschaulicht die Verteilung von Konsultationshäufungen (hier ausschnittsweise 1 bis 19 Konsultationen) am Anteil der Gesamtkohorte. Hier wird ersichtlich, dass 55,3% der Patienten nur einen Arztkontakt hatte, immerhin 18,8% zwei. Umso mehr fallen die wenigen Patienten, die sich wiederholt vorstellen, beim kalkulierten arithmetischen Mittel von 2,2 Arztkontakten ins Gewicht. So haben etwa 221 Patienten (10,5%) fünf oder mehr Arztkontakte.

Lediglich bei 6% (n = 126) der Patienten wurden Notfallbehandlungen festgestellt. 10 Patienten hatten zwei Notfallbehandlungen (0,5%). Es gab keine Patienten mit drei oder mehr notfallmäßigen Krankenhausbehandlungen.

Im Hinblick auf Facharztbehandlungen stellte sich nur etwa ein Fünftel aller Patienten (n = 424, 20,1%) ein- oder mehrmals vor. Meist blieb es nur bei einem Kontakt (n = 269 Patienten, 12,7%), fünf oder mehr Facharztkontakte hatten lediglich 12 Patienten (0,6%).

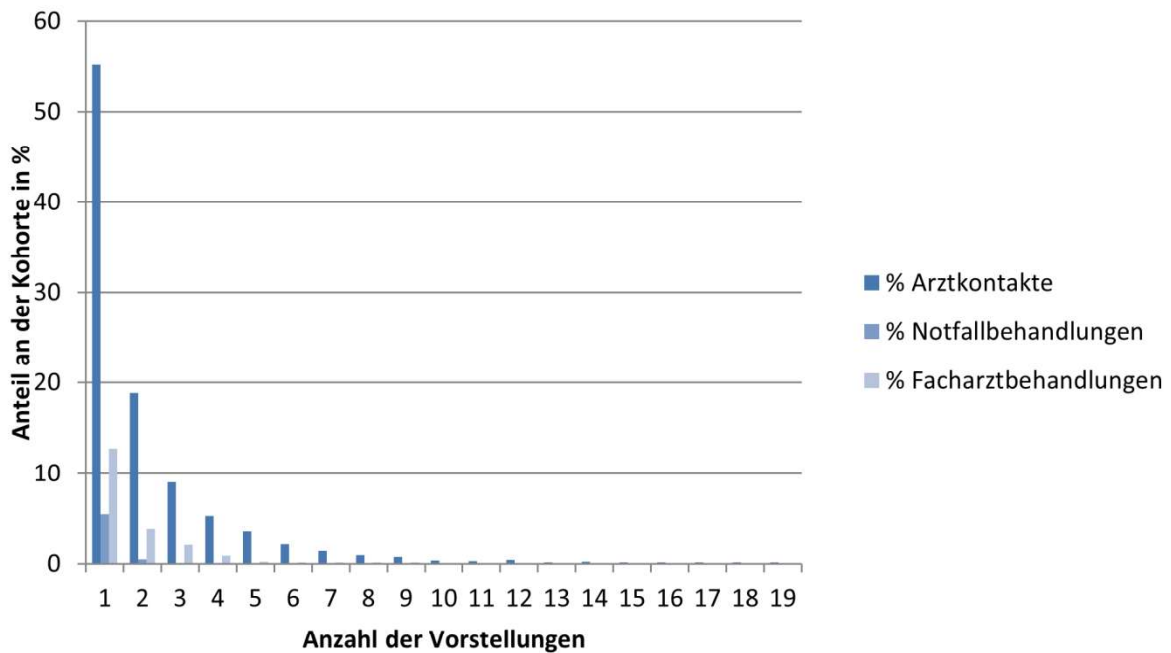


Abbildung 8: Verteilung der Konsultationsanzahl im Verhältnis zur Gesamtkohorte

3.2.1 Inanspruchnahmen im zeitlichen Verlauf

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zeigte sich abhängig vom Jahresverlauf. Insgesamt haben im Durchschnitt pro Tag 6,3% (0,0% - 26,2%, SD 5,30) der in Friedland untergebrachten Menschen in der Krankenstation ärztliche Hilfe gesucht. In absoluten Zahlen wurden im Mittel 18,8 Patienten pro Tag (0-94, SD 16,4) in der Krankenstation versorgt. An Wochenenden, an denen keine reguläre Sprechstunde stattfand und Arztkontakte lediglich im Rahmen von Notfällen mit Krankenhauseinweisungen stattfanden, reduzierte sich die Vorstellungsquote auf bis zu 0%. Die höchste Vorstellungsquote ließ sich am 01. August 2018 mit 26,2% feststellen, zu diesem Zeitpunkt fiel jedoch auch die Anzahl der Einwohner in Friedland mit 164 Personen sehr gering aus. An den zwei Tagen zuvor waren alle 170 Resettlement-Geflüchteten abgereist, sodass nur noch Asylsuchende im GDL verblieben.

Auffällig bei dem Verlauf zeigte sich, dass in den Herbst- und Wintermonaten Dezember (5,0%), Januar (8,5%), Februar (9,7%) sowie März (7,7%) die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen deutlich anstieg, dieser Effekt ist ebenfalls signifikant (Mann-Whitney-U-Test, $r=0,178$, $p<0,001$).

Nähere Informationen gibt zudem die folgende Abbildung 9, aus der, neben der in rot verzeichneten Vorstellungsrate der Bewohner des GDLs, in blau (alle Personen), grün (lediglich Asylsuchende) bzw. gelb (lediglich Resettlement-Geflüchtete) die absolute Anzahl der Bewohner im Jahresverlauf darge-

stellt ist. Zudem sind als horizontale rote Querbalken auch die durchschnittlichen Vorstellungsraten angegeben.

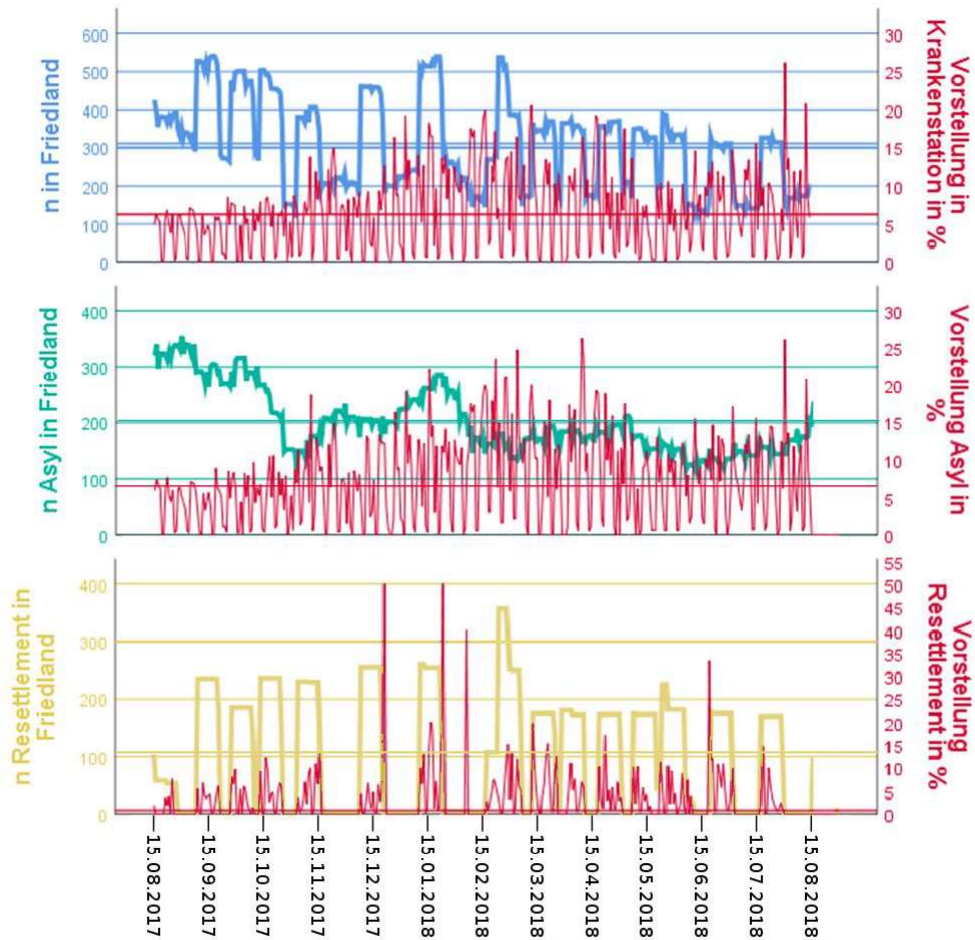


Abbildung 9: Vorstellungshäufigkeiten im Jahresverlauf

Deutlich wird, dass sich die Anzahl der Arztkontakte zwischen Resettlement-Geflüchteten und Asylsuchenden unterschieden. Bei den Resettlement-Geflüchteten zeigten sich hohe Inanspruchnahmen unmittelbar nach Ankunft einer neuen Gruppe, die in den folgenden Wochen typischerweise absinken. Die Ausreißer der Inanspruchnahmen von 50% entstehen, wenn ungeplant einige Resettlement-Geflüchtete, teilweise aus medizinischen Gründen, nicht wie geplant nach 2 Wochen das GDL verlassen, sondern in sehr kleinen Gruppen von 1-3 Personen vorerst in Friedland zurückbleiben. Dies erklärt etwa die beiden Ausreißer um Ende Januar / Anfang Februar 2018.

3.2.2 Kontakthäufungen im zeitlichen Verlauf

Werden die durchschnittlichen Inanspruchnahmen pro Patient und Monat in ein Balkendiagramm übertragen, ergibt sich die nachfolgende Abbildung 10. Hier wird offenbar, dass sich die wiederhol-

ten Arztkontakte im Jahresverlauf änderten. Januar und Dezember waren mit jeweils 2,7 ($p=0,001$ bzw. $p=0,246$) durchschnittlichen Arztkontakten pro Patient die Zeiträume mit den höchsten Inanspruchnahmen. Weitere Monate mit hoher Anzahl an Wiedervorstellungen waren Februar ($p=0,030$), April ($p=0,133$), Mai ($p=0,554$) und Juli ($p=0,955$). In diesen Monaten lag die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte ≥ 2 . Am wenigsten Wiedervorstellungen waren im August mit durchschnittlich 1,7 ($p=0,177$) Kontakte verzeichnet. Für die Teststatistik wurde der Mann-Whitney- U -Test verwendet, worunter sich jedoch nur bei wenigen Monaten signifikante Unterschiede zeigten. Die Effektstärke war jedoch mit $r < 0,05$ stets sehr gering.

Im Hinblick auf die Anzahl von Notfallbehandlungen fielen besonders die Monate November und Mai überdurchschnittlich aus (0,12 bzw. 0,11). Kaum betroffen war der August mit durchschnittlich 0,01 Kontakten. Unter Verwendung des Mann-Whitney- U -Tests zeigten sich im Mai ($p=0,045$), August ($p=0,007$), September ($p=0,009$) und November ($p=0,002$) signifikante Befunde. Auch hier waren die Effektstärken mit $r < 0,07$ sehr gering.

Der Monat mit der pro Patient höchsten durchschnittlichen Anzahl an Facharztkontakten war der Januar mit 0,56 Kontakten ($p < 0,001$) und der Dezember mit 0,53 Kontakten ($p=0,058$). Am niedrigsten waren die durchschnittliche Anzahl an Facharztkontakten pro Patient in den Monaten September ($p=0,002$) und Oktober ($p < 0,001$) mit jeweils 0,17 Kontakten. Die Effektstärken zeigten sich hier im Schnitt etwas höher als bei den anderen beiden Vorstellungsarten, aber mit $r < 0,1$ als weiterhin sehr gering.

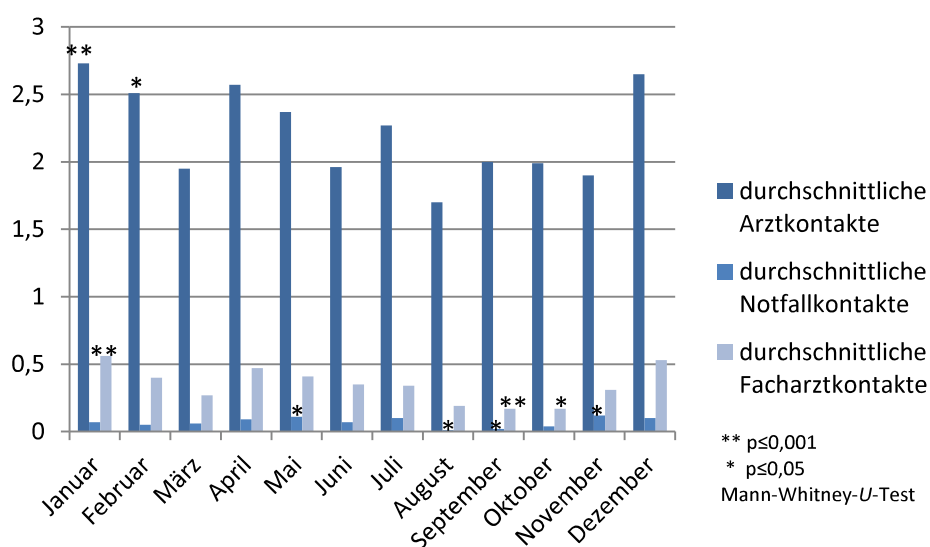


Abbildung 10: Durchschnittliche Anzahl von Behandlungskontakten im Jahresverlauf

3.3 Einflussfaktoren auf häufige Wiedervorstellungen

3.3.1 Demografische Einflussfaktoren auf Wiedervorstellungen

3.3.1.1 Alter

Die häufigsten Arztkontakte wurden in der Gruppe der 20-29-jährigen Patienten gezählt. Diese stellen sich im Schnitt 2,7-mal bei einem Arzt vor ($p < 0,001$). Gefolgt wird diese Altersgruppe von Patienten im sechsten Lebensjahrzehnt, diese hatten im Schnitt 2,6 Arztkontakte ($p = 0,020$). Am seltensten stellten sich Jugendliche und Heranwachsende (10- bis 19-Jährige) sowie Kinder (0- bis 9-Jährige) vor (jeweils $p < 0,001$). Sie zählten im Mittel jeweils 1,7 Vorstellungen und damit deutlich weniger als der Durchschnitt von 2,1 Arztkontakten.

Im Hinblick auf Notfallbehandlungen zeigte sich über nahezu alle Altersgruppen ein ausgeglichenes Bild mit um die 0,06 durchschnittlichen Behandlungen. Einzig in der Gruppe der 20- bis 29-jährigen war dieser Wert mit 0,10 durchschnittlichen Notfallbehandlungen signifikant erhöht ($p = 0,015$).

Werden Behandlungen durch Fachärzte betrachtet, zeigt sich, dass diese vom Kindes- und Jugendalter von anfänglich 0,17 durchschnittlichen Kontakten ansteigt (jeweils $p < 0,001$), ihr Maximum mit durchschnittlich 0,67 Behandlungen bei den 20- bis 29-jährigen findet ($p < 0,001$), um in den nächstälteren Altersgruppen schrittweise auf 0,07 im 70 bis 79. Lebensjahr abzusinken. Näheres zeigt die folgende

Tabelle 11.

Tabelle 11: Durchschnittliche Arztkontakte nach Altersgruppe

Alter	Arztkontakte			Notfallbehandlungen			Facharztbehandlungen			n (%)
	\bar{x}	SD	Bereich	\bar{x}	SD	Bereich	\bar{x}	SD	Bereich	
0-9	1,74**	1,38	0-12	0,07	0,25	0-2	0,17**	0,49	0-3	582 (27,6%)
10-19	1,69**	1,38	0-8	0,05	0,23	0-2	0,18**	0,56	0-3	265 (12,6%)
20-29	2,69**	2,55	0-16	0,10*	0,34	0-2	0,67**	1,18	0-8	370 (17,5%)
30-39	2,45	3,02	0-30	0,05	0,26	0-2	0,44*	0,99	0-7	424 (20,1%)
40-49	2,49	2,70	0-17	0,06	0,23	0-1	0,38	0,86	0-4	217 (10,3%)
50-59	2,51	4,26	0-44	0,05	0,23	0-1	0,27	0,97	0-9	131 (6,2%)
60-69	2,57*	2,38	0-14	0,04	0,21	0-1	0,12*	0,58	0-5	89 (4,2%)
70-79	2,15	1,17	1-5	0,04	0,19	0-1	0,07	0,27	0-1	27 (1,3%)

Mann-Whitney-U-Test

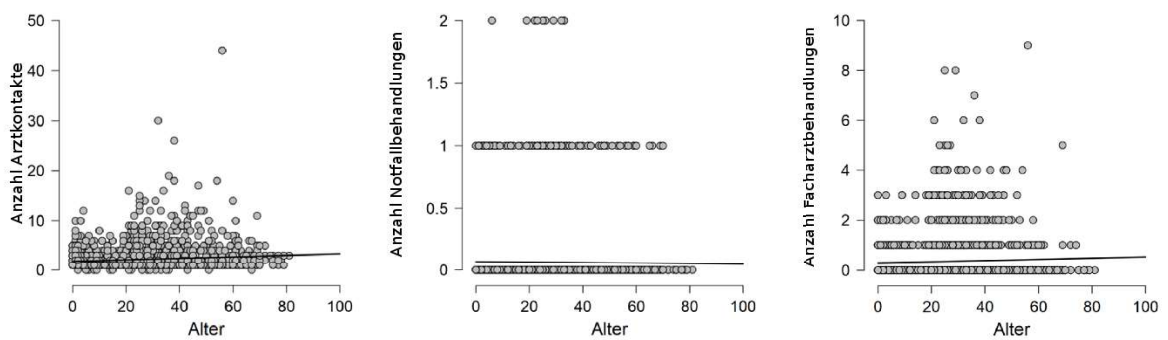
(** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$; $n = 2.111$)

Teststatistisch korrelierte höheres Lebensalter signifikant positiv mit der Anzahl der Arztkontakte, wobei die Effektstärke schwach war ($r = 0,118$). Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Notfallbehandlungen gab es nicht ($p = 0,507$), jedoch auf die Inanspruchnahme von Facharztbehandlungen

($p=0,016$), wobei sich hier die Effektstärke als vernachlässigbar gering zeigte. Die Verteilung der Behandlungshäufigkeiten ist in der unten stehenden Abbildung 11a dargestellt.

Auffällig bei der Verteilung erscheint, dass sich Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren im Hinblick auf Arztkontakte von der restlichen Kohorte unterscheiden: Wird die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte herangezogen, zeigt sich für diese Kohorte eine signifikant abnehmende Inanspruchnahme mit höherem Alter, wobei die Effektstärke gering ist ($r=-0,124$, $p<0,001$, $n = 822$, vgl. auch Abbildung 11b).

a)



b)

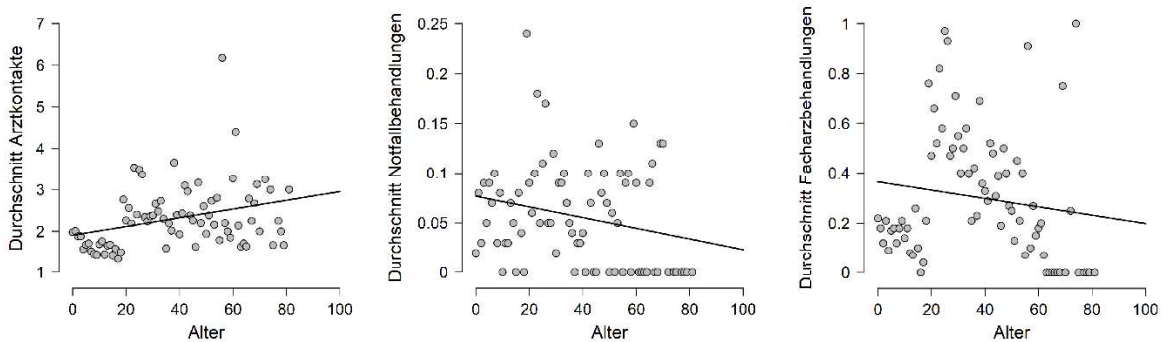


Abbildung 11: Streudiagramme Inanspruchnahme vs. Alter

Tabelle 12: Alter als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten

		Anzahl der Arztkontakte	Notfallbehandlungen	Facharztbehandlungen
Alter	r	0,118**	-0,014	0,053*
	p	<0,001	0,507	0,016

Korrelationen nach Spearman

(** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$; $n = 2.111$)

3.3.1.2 Biologisches Geschlecht und Status

Patientinnen stellten sich im Durchschnitt 2,3-mal (0-18, SD 2,5) in der Krankenstation vor, während Patienten dies im Durchschnitt 2,1-mal taten. Dieser Unterschied zeigte sich signifikant, wobei die Effektstärke ($r=0,07$) vernachlässigbar klein war.

Im Hinblick auf Notfallbehandlungen gab es kaum Geschlechtsunterschiede: Patientinnen hatten im Durchschnitt 0,06 Notfallbehandlungen (0-2, SD 0,27), Patienten mit 0,06 Notfallbehandlungen (0-2, SD 0,25) lediglich geringfügig weniger. Dieser Unterschied war nicht signifikant.

Frauen hatten durchschnittlich 0,39 Facharztbehandlungen (0-8, SD 0,93), während dies bei Patienten nur 0,28-mal (0-9, SD 0,76) der Fall war. Dieser Unterschied zeigte sich ebenfalls signifikant, bei jedoch vernachlässigbar kleiner Effektstärke ($r=0,06$).

Tabelle 13: Biologisches Geschlecht als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten

		Arztkontakte	Notfallbehandlungen	Facharztbehandlungen
Biologisches Geschlecht	r	0,07**	0,02	0,06*
	p	0,001	0,929	0,04

Mann-Whitney-U-Test

(** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$; $n = 2.111$)

Asylsuchende Patienten ($n = 1.221$) überwogen in ihrem Inanspruchnahmeverhalten sowohl im Hinblick auf die Gesamtzahl der Arztkontakte (\emptyset 2,8, 0-44, SD 3,0) als auch bei Notfallbehandlungen (\emptyset 0,07, 0-2, SD 0,29) und Facharztbehandlungen (\emptyset 0,53, 0-9, SD 1,05) gegenüber Resettlement-Patienten. Diese suchten im Durchschnitt Ärzte mit 1,3 Vorstellungen (0-6, SD 0,7) deutlich seltener auf. Diese Tendenz war weniger deutlich bei Notfallbehandlungen (\emptyset 0,05, 0-2, SD 0,23), aber umso deutlicher bei Facharztbehandlungen (\emptyset 0,07, 0-3, SD 0,29). Zusammengefasst: Der rechtliche Status des Patienten hat einen signifikanten Einfluss auf Arztkontakte sowie Facharztbehandlungen und es kann bei diesem Zusammenhang eine mittlere Effektstärke angenommen werden.

Tabelle 14: Status asylsuchend als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten

		Arztkontakte	Notfallbehandlungen	Facharztbehandlungen
Status asylsuchend	r	0,35**	0,04	0,31**
	p	<0,001	0,058	<0,001

Mann-Whitney-U-Test

(** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$; $n = 2.111$)

3.3.1.3 Herkunftsbedingte Einflussfaktoren

Anhand der Datenbasis soll im Folgenden überprüft werden, ob die Herkunft von Patienten aus bestimmten Regionen oder Ländern mit einer erhöhten Arztkontaktzahl einhergeht.

Die häufigsten Arztkontakte lassen sich bei Patienten aus der Herkunftsregion Asien mit durchschnittlich 4,5 Arztkontakten (1-9, SD 3,3) verzeichnen. Diese Gruppe war mit 4 Personen (0,2% der Gesamtkohorte) allerdings sehr klein, sodass eine Generalisierung hier schwerfällt. Die Anzahl der Arztkontakte war bei Prüfung mittels Mann-Whitney-*U*-Test nicht signifikant. Patienten aus dieser Herkunftsregion wiesen zudem mit durchschnittlich 0,75 Notfallbehandlungen den höchsten Wert auf. Dieser Befund ist signifikant ($p < 0,001$), die Effektstärke r erscheint jedoch mit 0,08 als sehr gering.

Am zweithäufigsten stellten sich Patienten aus der Herkunftsregion Europa ($n = 65$, 3,1%) mit durchschnittlich 4,1 Vorstellungen (1-12, SD 2,6) vor. Dieser Unterschied war unter Verwendung des Mann-Whitney-*U*-Tests auch signifikant ($p < 0,001$), wobei hier nur eine geringe Effektstärke verzeichnet werden konnte ($r = 0,18$).

Am dritthäufigsten fanden sich Patienten aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (ehemalige Sowjetrepubliken), die mit 246 Patienten 11,7% der Kohorte ausmachten. Sie stellten sich im Durchschnitt 3,5-mal vor (0-44, SD 4,5). Auch hier zeigte sich in der Teststatistik der Unterschied als signifikant ($p < 0,001$), die Effektstärke war jedoch ebenfalls klein ($r = 0,15$).

Besonders auffällig waren die Befunde bei Patienten aus der Herkunftsregion Naher Osten, die sich am seltensten wiedervorstellten. Patienten aus dem Nahen Osten ($n = 1.146$, 54,3%) stellten sich mit durchschnittlich 1,6-mal (0-14, SD 1,3) deutlich seltener vor als die Gesamtkohorte (2,2-mal). Dieser Unterschied ist signifikant ($p > 0,001$) und imponiert mit einer fast mittelstarken Effektstärke ($r = 0,28$). Ein fast ebenso großer Effekt ($r = 0,26$, $p < 0,001$) zeigt sich in dieser Gruppe für die Vorstellungshäufigkeit bei Fachärzten, die mit 0,15 Vorstellungen (0-4, SD 0,15) etwa halb so viele Facharztkontakte hatte wie die Gesamtkohorte (0,33-mal).

Nahezu ebenso wenige Arztkontakte hatten Patienten aus Nordafrika mit 1,63 durchschnittlichen Vorstellungen (1-12, SD 1,54). Diese Gruppe machte jedoch mit 65 Patienten (3,1%) nur einen geringen Teil der Kohorte aus. Die teststatistische Analyse unter Verwendung des Mann-Whitney-*U*-Tests ergab so zwar einen signifikanten Befund ($p = 0,039$), jedoch mit vernachlässigbar geringer Effektstärke ($r = 0,05$).

Im Hinblick auf die Notfallbehandlungen zeigten sich Patienten aus Asien ($\bar{x} = 0,75$, 0-2, SD 0,96) und der GUS ($\bar{x} = 0,13$, 0-2, SD 0,38) führend, beide auch signifikant ($p < 0,001$), aber mit vernachlässigbar geringer Effektstärke ($r = 0,08$). Weitere teststatistische Befunde zeigt Tabelle A-3 im Anhang auf S. 93.

3.3.2 Krankheitsbedingte Einflussfaktoren

Die meisten Arztkontakte hatten Patienten mit Diagnosen aus den Bereichen O (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) mit durchschnittlich 5,7 Vorstellungen gefolgt von D50-D90 (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe) mit durchschnittlich 5,5 Vorstellungen, C00-D48 (Neubildungen) mit 5,3 Vorstellungen und F (Psychische und Verhaltensstörungen) mit durchschnittlich 5,1 Vorstellungen.

Am seltensten waren wiederholte Behandlungen bei Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich H60-H95 (Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes) mit durchschnittlich 2,0 Arztkontakten, gefolgt von J (Krankheiten des Atmungssystems) mit durchschnittlich 2,2 Vorstellungen, P (Bestimmte Zustände die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben) mit 2,5 Vorstellungen und E (Endokrine und Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) mit 2,7 durchschnittlichen Vorstellungen.

Notfallbehandlungen waren am häufigsten bei Patientinnen mit O-Diagnosen (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) mit 0,36 durchschnittlichen Behandlungen, gefolgt von S00-T98 (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen) mit 0,17 Notfallbehandlungen, F (Psychische und Verhaltensstörungen) mit durchschnittlich 0,16 Notfallbehandlungen und G (Krankheiten des Nervensystems) mit 0,13 Notfallbehandlungen.

Keine Notfallvorstellungen waren bei Patienten mit P-Diagnosen (Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben) festzustellen. Am seltensten fanden sich Notfallbehandlungen ferner bei H-Diagnosen (Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes) mit durchschnittlich 0,01 Vorstellungen und Krankheiten des Atmungssystems (Kapitel J, im Durchschnitt 0,04) sowie Krankheiten der Haut und der Unterhaut (Kapitel L, im Durchschnitt 0,25).

Fachärztliche Vorstellungen waren ebenfalls am häufigsten zu beobachten bei Patienten mit O-Diagnosen (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) mit durchschnittlich 2,3 Facharztkontakten, gefolgt von Patienten mit D50-D90-Diagnosen (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems) mit durchschnittlich 1,5 Vorstellungen, Psychische- und Verhaltensstörungen (F) mit durchschnittlich 1,2 fachärztlichen Vorstellungen und Neubildungen (C00-D48) mit durchschnittlich 1,1 Vorstellungen.

Am seltensten fanden sich Facharztbehandlungen bei Patienten mit Krankheiten des Atmungssystems (J) und Krankheiten des Ohres und Warzenfortsatzes (H60-H95) mit durchschnittlich 0,2 Vorstellungen sowie Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90) mit durchschnittlich 0,3 Vorstellungen. Alle Ergebnisse der deskriptiven Auswertung finden sich in der Tabelle A-4 im Anhang auf S. 94.

Dieser deskriptiven Auswertung wurde eine Analyse angeschlossen, mit der geklärt werden sollte, inwiefern das Vorliegen einer Erkrankung einen Einfluss auf häufige Wiedervorstellungen hat.

Am höchsten und signifikant korrelierten psychische und Verhaltensstörungen ($r=0,25$), Krankheiten des Verdauungssystems ($r=0,25$), sowie die unspezifischen Diagnosegruppen „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“ ($r=0,25$) und „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ ($r=0,25$) auf die Anzahl der Arztkontakte. Da in allen diesen Fällen der Korrelationskoeffizient $r>0,3$ war, ist hier nach Cohen von einem schwachen Effekt auszugehen. Im Hinblick auf die Notfall- und Facharztbehandlungen zeigten sich zwar viele signifikante Befunde, denen jedoch insgesamt keine oder nur geringe Effekte zugesprochen werden können. Die detaillierten Ergebnisse finden sich in Tabelle A-5 im Anhang auf S. 95.

3.3.2.1 Einfluss durch das Vorliegen somatoformer Symptome

In der Kohorte ($n = 2.111$) fielen insgesamt 231 Personen (10,9%) mit somatoformen Beschwerden auf. Diese Patienten hatten deutlich häufiger Arztkontakte als Patienten ohne somatoforme Symptome (Mittelwert 3,9 vs. 2,0, Median 3 vs. 1). Der Unterschied zeigte sich unter Verwendung des Mann-Whitney-*U*-Tests als signifikant ($p<0,001$). Die Effektstärke war mit $r=0,23$ jedoch gering.

Im Hinblick auf Notfallbehandlungen fand sich lediglich ein geringer Unterschied (Mittelwert 0,10 vs. 0,06), der nicht signifikant war ($p=0,313$).

Bei Facharztbehandlungen zeigte sich hingegen ebenfalls, dass im Durchschnitt deutlich mehr Patienten mit somatoformen Symptomen fachärztlich vorgestellt wurden (0,71 vs. 0,29). Auch dieser Befund war unter Verwendung des Mann-Whitney-*U*-Tests signifikant ($p<0,001$), der Effekt war hier ebenfalls gering ($r=0,12$).

3.3.2.2 Chronische Erkrankungen, Hypertonie und Diabetes

24% ($n = 506$) der Patienten in der Kohorte hatten eine oder mehrere Diagnosen, die nach oben (Kapitel 2.4.2, S. 21) beschriebener Maßgabe als chronisch gelten. Patienten mit einer Chronikerdiagnose stellten sich im Durchschnitt 3,3-mal (1-44, SD 3,9) vor, und damit deutlich häufiger als Patienten ohne diese Diagnosen (\emptyset 1,9, 0-14, SD 1,6). Dieser Unterschied stellte sich unter Verwendung des Mann-Whitney-*U*-Tests als teststatistisch signifikant heraus ($p<0,001$), der Effekt war mit $r=0,22$ jedoch gering. Signifikante Unterschiede bei Notfallbehandlungen ($p=0,511$) und Facharztbehandlungen ($p=0,253$) ergaben sich nicht.

Um spezifische und wichtige chronische Erkrankungen genauer zu untersuchen, wurde im Folgenden der Einfluss von Hypertonie und Diabetes auf die Häufigkeiten von ärztlichen Behandlungskontakten untersucht.

Die 107 Patienten (4,8%) mit der Diagnose einer Hypertonie (I10-I15) hatten mit durchschnittlich 3,3 Vorstellungen (1-44, SD 5,0) mehr Vorstellungen als Patienten ohne diese Diagnose (\emptyset 2,2, 0-33, SD

2,2). Dieser Effekt zeigte sich unter Verwendung des Mann-Whitney-U-Tests als signifikant ($p < 0,001$) wobei ein geringer Effekt anzunehmen ist ($r = 0,10$). Signifikant vermehrte notfallmäßige ($p = 0,429$, $r = 0,02$) oder fachärztliche Kontakte ($p = 0,55$, $r = 0,01$) fanden sich nicht.

Während des Untersuchungszeitraums wurden lediglich wenige Patienten mit Diabetes behandelt. Dies betraf zwei Patienten mit Diabetes (mellitus) Typ 1 und 34 Patienten mit Diabetes (mellitus) Typ 2. Letztere stellten sich mit durchschnittlich 2,6 Besuchen (1-10, SD 2,3) geringfügig häufiger vor als Patienten ohne Diabetes ($\bar{x} = 2,2$, 0-44, SD 2,5). Diese Unterschiede waren nicht signifikant ($p = 0,353$, $r = 0,02$). Ebenso konnten keine signifikanten Einflüsse auf Notfallbehandlungen ($p = 0,628$, $r = 0,01$) oder Facharztbehandlungen ($p = 0,077$, $r = 0,04$) festgestellt werden.

3.3.2.3 Einfluss der Verordnung bestimmter Medikamente auf die Wiedervorstellungsrate

Die am zahlreichsten verordneten Medikamente waren Analgetika. Am häufigsten wurde Ibuprofen (836 Verschreibungen), Metamizol (264 Verschreibungen), Paracetamol (211 Verschreibungen) und Diclofenac (47 Verschreibungen) rezeptiert. 34,1% ($n = 720$) der Patienten erhielten mindestens ein Analgetikum. Patienten, die diese Medikamente verordnet bekamen, stellten sich im Schnitt 3,0-mal vor ($\bar{x} = 0,07$ Notfallkontakte, $\bar{x} = 0,45$ Facharztkontakte). Die Arztkontakt- und Facharztkontakthäufungen waren teststatistisch signifikant (jeweils $p < 0,001$).

Ebenfalls häufig vertreten waren Verschreibungen von Antibiotika, wobei hier zwischen allen antibiotisch wirksamen Substanzen (also auch topische Anwendungsbereiche wie etwa Cremes oder Augentropfen) und der Subgruppe der systemisch wirksamen Antibiotika differenziert wurde. 611 Patienten (28,9%) erhielten ein Antibiotikum, 20,8% ($n = 439$) ein systemisch wirksames Präparat. Der mit Abstand am häufigsten verschriebene Wirkstoff war dabei Amoxicillin mit 295 Verschreibungen, gefolgt von Permethrin (46 Verschreibungen), Gentamicin (40 Verschreibungen), Clarithromycin (29 Verschreibungen), Doxycyclin (27 Verschreibungen) und Ciprofloxacin (26 Verschreibungen). Patienten, die Antibiosen verordnet bekamen, stellten sich im Schnitt 3,0-mal vor ($\bar{x} = 0,06$ Notfallbehandlungen, $\bar{x} = 0,45$ Facharztbehandlungen). Diese Befunde waren für Arztkontakte und Facharztbehandlungen signifikant ($p < 0,001$ und $p = 0,048$). Bei Patienten, denen systemisch wirksame Antibiosen verschrieben wurden, lag die durchschnittliche Vorstellungshäufigkeit geringfügig höher. Sie stellten sich im Schnitt 3,0-mal ($p < 0,001$) bei Ärzten vor ($\bar{x} = 0,07$ Notfallkontakte, $\bar{x} = 0,46$ Facharztbehandlungen). Letztere Befunde zeigten sich nicht signifikant.

496 Patienten erhielten auf das Nervensystem wirksame Medikamente. Hierunter fielen viele auf das zentrale Nervensystem wirksame Schmerzmittel wie Paracetamol und Metamizol, aber auch die noch näher zu betrachtenden Psychopharmaka. Patienten, denen solche Medikamente verordnet wurden, stellten sich mit durchschnittlich 3,5 Arztkontakten signifikant häufiger vor, als dies beispielsweise Patienten mit Antibiotika- oder Analgetikaverordnungen taten ($p < 0,001$). Auch bei Notfallkontakten

(\bar{x} 0,30 Vorstellungen, $p=0,162$) und Facharztbehandlungen (\bar{x} 0,58, $p<0,001$) zeigte sich die Kontakt-rate erhöht, jedoch nur bei letzteren signifikant.

80 Patienten erhielten mindestens eine Verschreibung aus der Medikamentengruppe der Antidepressiva. Am häufigsten wurde dabei Mirtazapin (56 Verschreibungen) und Sertralin (11 Verschreibungen) verordnet. Patienten, die eines dieser Wirkstoffe erhielten, stellten sich im Schnitt 3,5-mal bei Ärzten vor ($p<0,001$). Zudem waren Notfallbehandlungen mit \bar{x} 0,13 Kontakten ($p=0,112$) und Facharztbehandlungen mit \bar{x} 1,30 Kontakten ($p<0,001$) erhöht.

54 Patienten wurde ein Anxiolytikum verschrieben, am häufigsten Bromazepam (23 Verschreibungen) und Lorazepam (9 Verschreibungen). Diese Patienten stellten sich im Durchschnitt 5,7-mal vor, davon \bar{x} 0,24 Notfallbehandlungen und \bar{x} 1,17 Facharztbehandlungen. Alle drei Befunde waren mit einem $p<0,001$ signifikant.

Lediglich 38 Patienten erhielten ein Antipsychotikum. Es wurde zumeist Quetiapin (24 Verschreibungen) verordnet, gefolgt von Olanzapin (17 Verschreibungen) und Promethazin (10 Verschreibungen). Diese Patienten stellten sich im Schnitt 6,5-mal vor und hatten mit \bar{x} 0,57 Notfallbehandlungen und \bar{x} 1,95 Facharztkontakten signifikant erhöhte Vorstellungsraten (jeweils $p<0,001$).

Die 14 Patienten, denen Opioide verordnet wurden, stellten sich mit durchschnittlich 7,9 Arztkontakten signifikant häufiger vor als Patienten ohne eine solche Verordnung ($p<0,001$). Auch die Anzahl der Notfallbehandlungen (\bar{x} 0,5) war sehr hoch und gleichfalls signifikant ($p<0,001$). Die durchschnittliche Anzahl an Facharztbehandlungen zeigte sich mit 1,21 Kontakten zwar signifikant erhöht ($p=0,019$), aber geringer als beispielsweise bei Patienten mit Antidepressiva- oder Antipsychotikaverschreibungen. Nähere Informationen sowie weitere Kennwerte zu Vorstellungshäufungen zeigt die nachfolgende Tabelle 15. Eine Übersicht der am häufigsten verordneten Wirkstoffe ist im Anhang in Tabelle A-2 auf S. 90 verzeichnet.

Im Folgenden wurde analysiert, ob sich die Verschreibung dieser Medikamente auf Vorstellungshäufungen auswirken und wie hoch sich diese Zusammenhänge in den jeweiligen Effektstärken ausdrücken. Knapp mittlere Effekte mit $r > 0,3$ zeigten sich beim Einfluss von Medikamentenverschreibungen, deren Wirkstoff auf das Nervensystem wirksam ist, auf die Anzahl der Arztkontakte ($r=0,30$). Bei allen anderen Medikamentengruppen lassen sich geringere, aber signifikante Effekte mit Stärken zwischen $r=0,10$ und $r=0,30$ messen. Ebenfalls auffällig sind die signifikanten, aber auch geringen Effekte der Verordnung von Anxiolytika, Antipsychotika und Opioiden auf Notfallbehandlungen. Zudem zeigte sich bei der Verordnung von Medikamenten der meisten hier untersuchten Medikamentengruppen ein signifikanter, wenn auch geringer, Einfluss auf die Anzahl der Facharztkontakte. Detailliertere Informationen zur teststatistischen Analyse finden sich in Tabelle A-6 im Anhang auf S. 97.

Tabelle 15: Medikamentenverordnungen als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten

Verordnetes Medikament	Arztkontakte			Notfallbehandlungen			Facharztbehandlungen			n
	Ø	SD	Bereich	Ø	SD	Bereich	Ø	SD	Bereich	Patienten
Analgetikum	3,04**	3,31	1-44	0,07	0,28	0-2	0,45**	1,01	0-9	720
Antibiotikum	2,96**	3,40	1-44	0,06	0,26	0-2	0,45*	1,11	0-9	611
system. wirks.	3,01**	3,72	1-44	0,07	0,27	0-2	0,46	1,16	0-9	439
auf Nervensystem wirk- sam	3,51**	3,76	1-44	0,08	0,30	0-2	0,58**	1,22	0-9	496
Antidepressivum	5,38**	4,73	1-30	0,13	0,40	0-2	1,30**	1,58	0-6	80
Anxiolytikum	5,67**	5,29	1-30	0,24**	0,47	0-2	1,17**	1,56	0-6	54
Antipsychotikum	6,50**	5,57	1-30	0,29**	0,57	0-2	1,95**	1,77	0-6	38
Opioid	7,93**	7,79	1-30	0,50**	0,76	0-2	1,21*	1,97	0-6	14

Mann-Whitney-U-Test

(** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$; $n = 2.111$)

3.3.3 Einflussbedingungen der eingeschätzten Kommunikation

Die Einschätzung der Kommunikation wurde von Ärzten bzw. vom Pflegepersonal mittels oben vorgestelltem Fragebogen (vgl. Abbildung 2, S. 19) zu jeder Konsultation vorgenommen. Von insgesamt 3.811 allgemeinmedizinischen Konsultationen wurden 2.612 Fragebögen von Ärzten ausgewertet (68,5%) und gingen in die folgenden Berechnungen ein. Insgesamt können Aussagen über 1.299 (61,5%) Patienten getroffen werden.

Die Rücklaufquote der Fragebögen der Pflegekräfte, die die Kommunikationssituation zum Zeitpunkt der Medikamentenausgabe einschätzten, war mit 15,1% ($n = 249$) deutlich geringer und umfasst somit nur Informationen über 145 Patienten (6,9%). Dies erscheint verständlich unter dem Umstand, dass erkrankte Patienten die Medikamente häufig von einer dritten Person (z. B. gesunde Familienmitglieder) abholen ließen und diese Fälle bereits für die weitere Analyse ausgeschlossen wurden (entsprechend der Angaben der Frage 1 des Fragebogens für Pflegekräfte „*War die abholende Person heute in der Sprechstunde?*“, vgl. Abbildung 2, S. 19).

Wenn es bei einem Patienten Einschätzungen (Fragebögen) zu mehreren Konsultationen gab, wurden diese zunächst gemittelt und dieser Wert in die Analyse einbezogen. Im Durchschnitt lagen 1,8 (1-31, SD 1,8) Einschätzungen durch Ärzte pro Patient vor. Bei den Fragebögen, die durch das Pflegepersonal auszufüllen waren, waren es im Mittel 1,4 Einschätzungen (1-6, SD 0,9). In einer zusätzlichen Sonderauswertung (s. u.) wurden nicht die gemittelten Einschätzungen, sondern die jeweilig schlechteste Bewertung des Patienten berücksichtigt.

3.3.3.1 Laiendolmetscher als Einflussfaktor auf gehäufte Vorstellungen

Bei 24,3% ($n = 538$) aller Vorstellungen bei einem Arzt bzw. bei 20,1% ($n = 424$) der Patienten wurde von den behandelnden Ärzten die Begleitung der Konsultation durch einen Laiendolmetscher ange-

geben. Patienten mit Laiendolmetscher waren im Durchschnitt signifikant älter (\bar{x} 28,9 Jahre vs. \bar{x} 24,9 Jahre, $p=0,001$) und häufiger weiblichen Geschlechts (54,4% vs. 48,0%, $p=0,04$). Im Hinblick auf die Herkunftsregionen zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen.

Patienten, bei denen Laiendolmetscher anwesend waren, hatten im Durchschnitt 3,4 Arztkontakte (1-44, SD 4,0), 0,08 Notfallkontakte (0-2, SD 0,32) und 0,56 Facharztkontakte (0-9, SD 1,16).

Die Anwesenheit von Dolmetschern korrelierte positiv mit wiederholten Vorstellungen, wobei die Effektstärke eher schwach war ($r=0,19$ $p<0,001$, $n = 1.288$). Werden lediglich Facharztvorstellungen gezählt, so zeigte sich ebenfalls ein signifikanter, aber schwacher, Zusammenhang ($r=0,09$, $p=0,001$, $n = 1.288$). Kein signifikanter Zusammenhang konnte zwischen der Anzahl der Notfallbehandlungen und der Anwesenheit eines Laiendolmetschers gefunden werden.

Bei lediglich 11,6% ($n = 16$) der Patienten, bei denen Antworten über das Kommunikationsverhalten durch das Pflegepersonal vorlagen, waren Laiendolmetscher anwesend. Diese Patienten hatten im Durchschnitt 2,0 Arztkontakte (1-4, SD 1,0), 0 Notfallbehandlungen und 0,31 Facharztbehandlungen (0-3, SD 0,79). Unter Verwendung von Teststatistiken konnten keine signifikanten Einflüsse auf Vorstellungshäufungen im Hinblick auf Arztkontakte ($p=0,789$), Notfallbehandlungen ($p=0,295$) oder Facharztkontakte ($p=0,905$) festgestellt werden.

3.3.3.2 Durch Ärzte eingeschätzte Kommunikationsqualität als Einflussfaktor auf gehäufte Vorstellungen

Die durch die behandelnden Ärzte eingeschätzte Kommunikationsqualität variierte insgesamt wenig, Verständnis und Verständigung gelangen sehr häufig „voll und ganz“ (68,6%) oder „weitgehend“ (16,6%). Die Verstehenskompetenz der Patienten wurde nahezu ebenso positiv eingeschätzt (68,3% und 16,1%). Es zeigte sich ferner, dass diese beiden Aspekte von den Ärzten meist konkordant eingeschätzt wurden und daher in sehr hohem Maße miteinander korrelierten ($r=0,93$, $p<0,001$, Rangkorrelation nach Spearman).

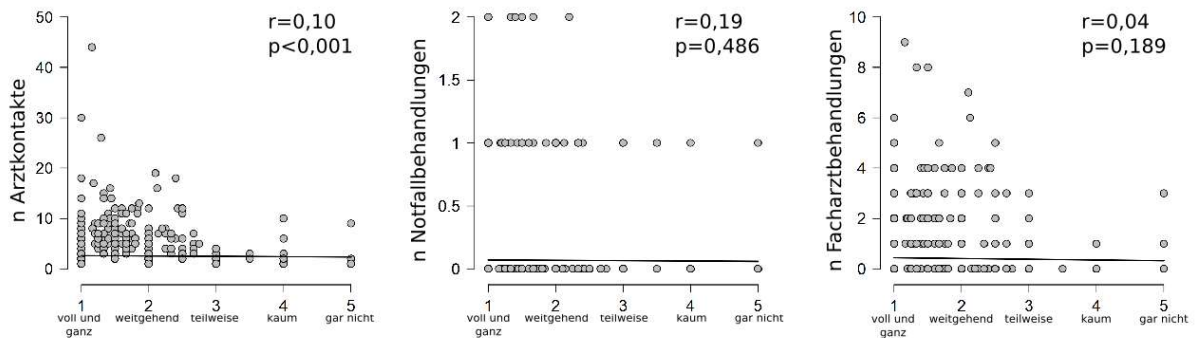
Die Anwesenheit von Laiendolmetschern hatte auf die Angabe, ob das Anliegen des Patienten verstanden wurde, einen signifikanten Einfluss (\bar{x} 1,6, SD 0,90 vs. \bar{x} 1,3, SD 0,59, $p<0,001$), wobei die Effektstärke mit $r=0,14$ eher gering war. Ähnliches zeichnete sich auch bei der Angabe ab, ob der Patient die Empfehlungen des Behandlers verstanden hat: Hier stiegen die Angaben auf der Likert-Skala im Mittel um 0,4 Punkte von durchschnittlich 1,7 (SD: 0,92) auf 1,3 (SD 0,57) an. Auch dieses Ergebnis war signifikant ($p<0,001$), sogar mit einer geringfügig höheren Effektstärke von $r=0,16$.

Im Hinblick auf die Frage, ob ein schlechteres Verstehen des Konsultationsgrundes mit einer erhöhten ärztlichen Inanspruchnahme einhergeht, lässt sich konstatieren, dass der Einfluss zwar signifi-

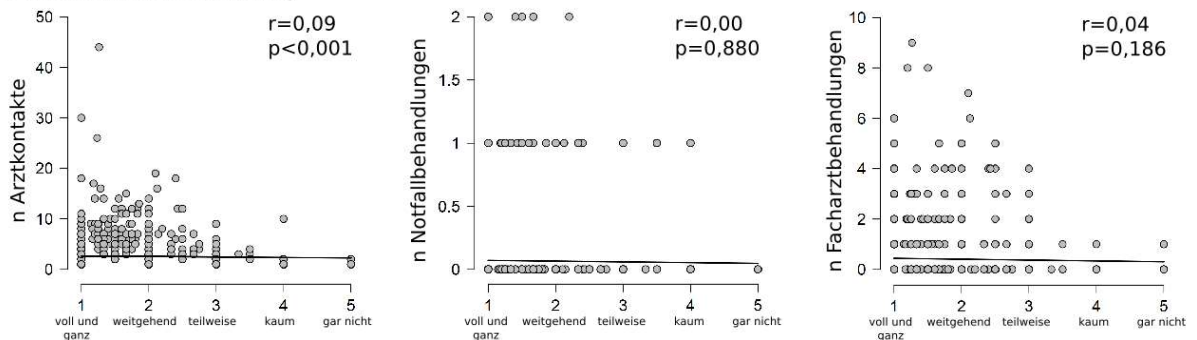
kant, aber sehr gering ist ($r=0,10$ $p<0,001$). Ähnliches lässt sich auch für die Angabe, ob Empfehlungen durch den Patienten verstanden worden sein, feststellen ($r=0,97$, $p<0,001$).

Signifikante Auswirkungen auf Notfallvorstellungen oder Facharztkontakte konnten nicht gezeigt werden, wie auch aus der nachfolgenden Grafik zu entnehmen ist.

a) "Haben Sie das Anliegen des Patienten verstanden?" - durchschnittliche Einschätzung



a) "Hat der Patient Ihre vorgebrachten Empfehlungen (z.B. zur Medikamenteneinnahme) verstanden?" - durchschnittliche Einschätzung



Rangkorrelation nach Spearman, n=1.299

Abbildung 12: Einfluss der Verständigung (Mittelwert der Bewertung) auf gehäufte Vorstellungen

Auffällig war hingegen, dass sich Angaben der Ärzte an unterschiedlichen Wochentagen unterscheiden. So wurde etwa die Frage „Haben Sie das Anliegen des Patienten verstanden?“ an Tag E lediglich zu 37,6% mit „voll und ganz“ beantwortet, an Tag F jedoch mit über 90%. Diese Unterschiede auf Tagesbasis zeigten sich auch für beide Fragen signifikant ($p<0,001$). Um keine Identifikation der beteiligten Ärzte zu ermöglichen, wurden die jeweiligen Wochentage maskiert. Näheres zeigt die folgende Tabelle 16.

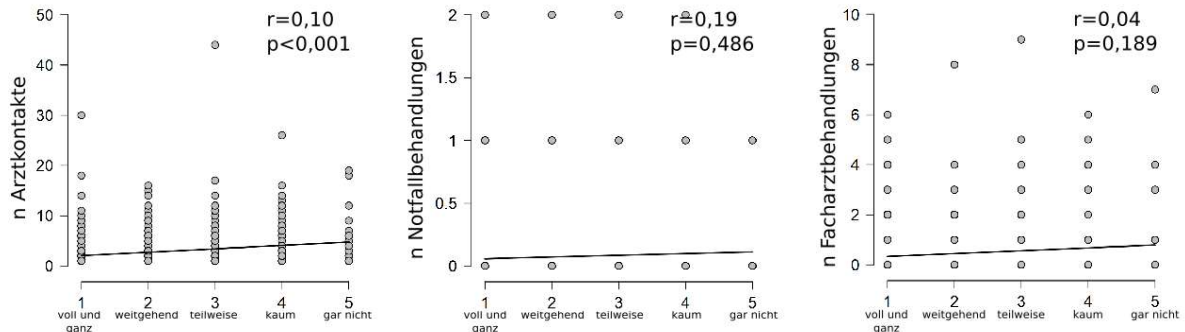
Tabelle 16: Einschätzung der Kommunikation durch Ärzte – Vergleich unterschiedlicher Behandlungstage

Tag der Befragung	„Haben Sie das Anliegen des Patienten verstanden?“					Gesamt
	Voll und ganz 1	Weitgehend 2	Teilweise 3	Kaum 4	Gar nicht 5	
Tag A	n 6	0	0	0	0	6
	% 100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Tag B	n 413	48	14	1	2	478
	% 86,4%	10,0%	2,9%	0,2%	0,4%	100,0%
Tag C	n 113	130	82	82	14	421
	% 26,8%	30,9%	19,5%	19,5%	3,3%	100,0%
Tag D	n 458	96	32	5	6	597
	% 76,7%	16,1%	5,4%	0,8%	1,0%	100,0%
Tag E	n 85	68	54	17	2	226
	% 37,6%	30,1%	23,9%	7,5%	0,9%	100,0%
Tag F	n 453	27	17	2	2	501
	% 90,4%	5,4%	3,4%	0,4%	0,4%	100,0%
Gesamt	n 1.528	369	199	107	26	2.229
	% 68,6%	16,6%	8,9%	4,8%	1,2%	100,0%
Tag der Befragung	„Hat der Patient Ihre vorgebrachten Empfehlungen (z. B. zur Medikamenteneinnahme) verstanden?“					Gesamt
	Voll und ganz 1	Weitgehend 2	Teilweise 3	Kaum 4	Gar nicht 5	
Tag A	n 6	0	0	0	0	6
	% 100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Tag B	n 420	23	15	2	1	461
	% 91,1%	5,0%	3,3%	0,4%	0,2%	100,0%
Tag C	n 113	129	82	82	12	418
	% 27,0%	30,9%	19,6%	19,6%	2,9%	100,0%
Tag D	n 451	107	32	3	5	598
	% 75,4%	17,9%	5,4%	0,5%	0,8%	100,0%
Tag E	n 68	65	59	19	10	221
	% 30,8%	29,4%	26,7%	8,6%	4,5%	100,0%
Tag F	n 449	30	18	1	3	501
	% 89,6%	6,0%	3,6%	0,2%	0,6%	100,0%
Gesamt	n 1.507	354	206	107	31	2.205
	% 68,3%	16,1%	9,3%	4,9%	1,4%	100,0%

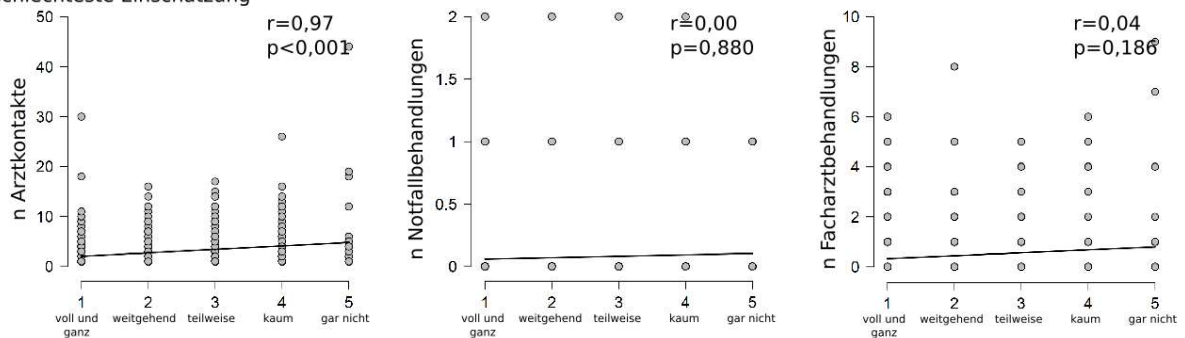
Für explorative Zwecke wurde im Folgenden die schlechteste Bewertung jedes Patienten im Hinblick auf die Vorstellungshäufungen als Maßgabe genommen. Hier zeigte sich, dass diese schlechteren Bewertungen deutlich besser mit Vorstellungshäufigkeiten korrelierten, als durch das Zugrundelegen des Mittelwerts aus den Einschätzungen über das Kommunikationsergebnis. Ein signifikanter Einfluss

auf Notfallbehandlungen ließ sich hingegen auch hier nicht feststellen. Näheres zeigt die nachfolgende Abbildung 13.

a) "Haben Sie das Anliegen des Patienten verstanden?" - schlechteste Einschätzung



a) "Hat der Patient Ihre vorgebrachten Empfehlungen (z.B. zur Medikamenteneinnahme) verstanden?" - schlechteste Einschätzung



Rangkorrelation nach Spearman, $n=1.299$

Abbildung 13: Einfluss der Verständigung (Schlechteste Bewertung) auf gehäufte Vorstellungen

3.3.3.3 Laiendolmetschern während der Medikamentenausgabe als Einflussfaktor auf gehäufte Vorstellungen

Von 146 Patienten, bei denen Informationen zur Anwesenheit von Laiendolmetschern während der Medikamentenausgabe vorliegen, hatten 122 (83,6%) keine Unterstützung durch Dolmetscher in Anspruch genommen. Demgegenüber stehen 24 Patienten, die im Rahmen der Medikamentenausgabe mindestens einmal Unterstützung durch eine übersetzende Person erhielten. Patienten, die mindestens einmal von einem Laiendolmetscher begleitet wurden, hatten unwesentlich mehr Arztkontakte (\bar{x} 2,9, SD 3,7 vs. \bar{x} 2,8, SD 2,1). Patienten mit Laiendolmetscher hatten ferner weniger Notfallbehandlungen (\bar{x} 0,04, SD 0,20 vs. \bar{x} 0,10, SD 0,39) aber durchschnittlich mehr Facharztbehandlungen (\bar{x} 0,5, SD 1,14 vs. \bar{x} 0,8, SD 1,04). Teststatistisch zeigte sich unter Verwendung des Mann-Whitney-U-Tests jedoch in keinem Fall ein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Dolmetscherbegleitung ($p=0,100$ bei Arztkontakten, $p=0,582$ bei Notfallbehandlungen, $p=0,604$ bei Facharztbehandlungen).

3.3.3.4 Eingeschätzte Kommunikationsqualität durch Pflegekräfte als Einflussfaktor auf gehäufte Vorstellungen

Teststatistisch wurden Korrelationen nach Spearman zwischen Vorstellungshäufungen und den gemittelten Einschätzungen auf einer 5-stufigen Likert-Skala auf den Fragebögen zu dem Items „Wusste die Patientin / der Patient bereits, warum die Arznei verordnet wurde?“ sowie „Hat der Patient / die Patientin Ihre Empfehlungen zur Medikamenteneinnahme (bzw. zum weiteren Vorgehen) verstanden?“ berechnet. In die Analyse flossen dabei Angaben von 146 Patienten ein. Im Ergebnis zeigte sich, dass es keinerlei signifikanten Zusammenhang zwischen der Einschätzung des Pflegepersonals und Vorstellungshäufungen gab, weder im Hinblick auf Arztkontakte (erste Frage $p=0,289$, zweite Frage $p=0,264$), die Anzahl der Notfallbehandlungen (erste Frage $p=0,941$, zweite Frage $p=0,639$) noch auf die Anzahl der Facharztbehandlungen (erste Frage $p=0,688$, zweite Frage $p=0,715$).

Wenn, wie bei der oben stehenden Auswertung der Einschätzung der Ärzte angewendet, anstatt der durchschnittlichen Einschätzungen die jeweils schlechteste als maßgeblich für die Berechnung herangezogen wird, zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Befunde, weder bei Arztkontakten (erste Frage $p=0,897$, zweite Frage $p=0,982$), Anzahl der Notfallbehandlungen (erste Frage $p=0,684$, zweite Frage $p=0,940$) noch bei Anzahl der Facharztbehandlungen (erste Frage $p=0,324$, zweite Frage $p=0,288$).

3.4 Subgruppe: Häufige Nutzer

In diesem Kapitel sollen Subgruppen erstellt und mit der Gesamtstichprobe verglichen werden. Die Subgruppen umfassen dabei diejenigen, die übermäßig häufig medizinische Behandlungen erhalten haben. Diese Einteilung orientiert sich an den Vorstellungshäufungen, die in Kapitel 4.2 beschrieben wurden. Als „Häufignutzer“ sollen dabei alle Patienten gelten, die sich im Hinblick auf Konsultationshäufungen oberhalb der 95. Perzentile verorten lassen. Dieser Grenzwert wurde gewählt, um alle „Ausreißer“ zu inkludieren und gleichzeitig eine ausreichend große wie klinisch relevante Gruppe zu erfassen. Die drei Gruppen und deren Merkmale sind in der folgenden Tabelle 17 beschrieben.

Tabelle 17: Charakterisierung der Gruppen der Häufignutzer

<p>Gruppe a</p> <p>Alle Patienten mit 6 oder mehr Arztkontakten (n = 147 Patienten, 7,0%).</p> <p>Patienten der Gruppe a hatten dabei insgesamt 952 einzelne Vorstellungen zur regulären Sprechstunde und damit 25,0% aller Vorstellungen, 45 Notfallbehandlungen (und damit 33,1% aller Notfallbehandlungen) und 313 Facharztbehandlungen (und damit 44,0% aller Facharztbehandlungen).</p>
<p>Gruppe b</p> <p>Alle Patienten mit einer oder mehr Notfallbehandlungen (n = 126 Patienten, 6,0%).</p> <p>Patienten der Gruppe b hatten dabei 340 Vorstellungen zur regulären Sprechstunde (8,9%), mit 136 Behandlungsfällen alle Notfallbehandlungen (100%) und insgesamt 107 Facharzttermine (15,0%).</p>
<p>Gruppe c</p> <p>Alle Patienten mit 2 oder mehr Facharztkontakten (n = 155 Patienten, 7,3%).</p> <p>Patienten der Gruppe c hatten 647 Vorstellungen zur regulären Sprechstunde (17,0%), 32 Notfallbehandlungen (23,5%) und 443 Facharztbehandlungen (62,2%).</p>

Teststatistisch wurde mittels Rangkorrelation nach Spearman der Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer der Subgruppen auf wiederholte Konsultationen geprüft. Durch Quadrieren des Korrelationskoeffizienten lässt sich dabei das Bestimmtheitsmaß berechnen, welches eine erste Näherung darüber angibt, welchen Anteil der Varianz der unabhängigen Variable (in diesem Fall die Anzahl der Vorstellungen) sich durch die vorgenommene Gruppierung erklären lässt.

So lässt sich konstatieren, dass durch Mitglieder der Gruppe a 23,6% ($r=0,49$) der Streuung in der Inanspruchnahmehäufigkeit im Hinblick auf Arztkontakte erklärt werden kann. Für Mitglieder der Gruppe b sind dies 100% ($r=1,00$) im Hinblick auf Notfallkontakte und für Gruppe c 20,1% ($r=0,45$) im Hinblick auf Facharztkontakte.

Die folgende Abbildung 14 zeigt, dass sich die Gruppen überschneiden. Addiert handelt es sich letztlich um 303 Patienten (14,4%), die sich in den drei Subgruppen summieren. Auffällig erscheint, dass es mit 20,1% ($n = 61$) eine große Überschneidung zwischen der Gruppe mit vermehrten Arztkontakten und Facharztkontakten gibt, während die Überschneidung mit Notfallbehandlungen mit 4,6% ($n = 14$) und 2,0% ($n = 6$) recht gering ist. Immerhin 22 Patienten (7,3%) gehören sowohl im Hinblick

auf Arztkontakte, Notfallbehandlungen und Facharztkontakten zu den 5% häufigsten Inanspruchnehmern.

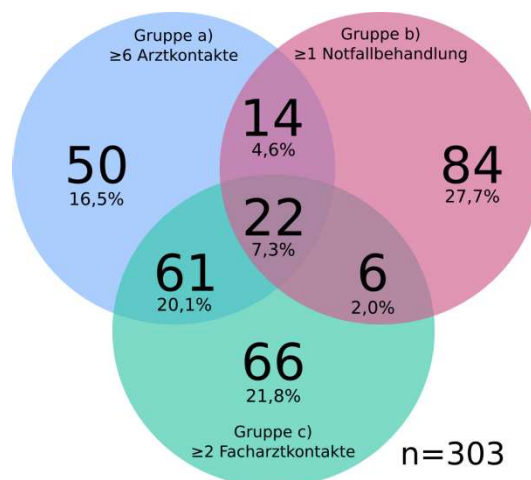


Abbildung 14: Überschneidungen der Subgruppen der Patienten mit den meisten Arztkontakten

3.4.1 Demografische Aspekte in der Subgruppe

Bei der Auswertung demografischer Aspekte fällt auf, dass im Gegensatz zur Gesamtkohorte, in der sich ein eher ausgeglichenes Geschlechterverhältnis zeigte, sich in einigen Subgruppen deutlich mehr Frauen wiederfanden. Unter Verwendung des Chi-Quadrat-Tests war dieser Befund auch für Gruppe a ($p=0,001$) und Gruppe c ($p=0,020$) signifikant. Ein signifikanter Unterschied im Hinblick auf das Geschlecht und die Inanspruchnahme notfallmedizinischer Behandlungen zeigte sich hingegen nicht ($p=0,910$).

Auch im Hinblick auf den rechtlichen Status unterschieden sich die Subgruppen der wiederholten Nutzer von der Gesamtkohorte. Zusammengefasst lässt sich konstatieren, dass sich sowohl in der Gruppe der häufigen Arztkontakte ($p<0,001$) als auch in der Gruppe der häufigen Facharztkontakte ($p<0,001$) signifikant seltener Resettlement-Geflüchtete fanden. Einzig für die Inanspruchnahme von Notfallversorgungen zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($p=0,060$). Die teststatistische Auswertung erfolgte ebenfalls mit dem Chi-Quadrat-Test.

Tabelle 18: Geschlecht und Status der Subgruppen

		Gruppe a n = 147		Gruppe b n = 126		Gruppe c n = 155		keine Subgruppe	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Demografie	Geschlecht								
	weiblich	93	63,3%	62	49,2%	91	58,7%	880	48,7%
	männlich	54	36,7%	64	50,8%	64	41,3%	928	51,3%
Status	asylsuchend	146	99,3%	83	65,9%	148	95,5%	968	53,5%
	Resettlement	1	0,7%	43	34,1%	7	4,5%	840	46,5%

Auffällig zeigte sich ebenfalls das Patientenalter in den Subgruppen. Patienten waren mit durchschnittlich 31,6 Jahren (1-69, SD 15,86) in der Gruppe a und 28,3 Jahren (0-69, SD 13,49) in der Gruppe c, deutlich älter als diejenigen Patienten, die nicht zu einer der Subgruppen gezählt wurden (\bar{x} 25,4 Jahre, 0-81, SD: 18,93). Lediglich bei Subgruppe b, also derjenigen mit den notfallmedizinischen Inanspruchnahmen, waren die Patienten mit durchschnittlich 24,5 Jahren (0-70, SD 17,65) geringfügig jünger als die Vergleichspopulation. Teststatistisch zeigte sich unter Verwendung des Mann-Whitney-U-Tests der Unterschied zwischen den Gruppen a ($p < 0,001$) und c ($p = 0,012$) signifikant. Ein signifikanter Unterschied für die Gruppe b ergab sich, wie zu erwarten, nicht ($p = 0,470$).

3.4.2 Herkunft in der Subgruppe

Die unterschiedlichen Subgruppen wurden nach Herkunft aufgeschlüsselt. Hier zeigte sich, dass die relativ höchste Anzahl der Patienten mit häufigen Arztkontakten (Gruppe a) aus Ländern der GUS stammte. Diese Gruppe machte in der Vergleichsgruppe lediglich 10,03% der Patienten aus, jedoch dreimal so viele in der Subgruppe (30,14%, $n = 44$). Dies lässt sich auch für Patienten aus dieser Region für die Gruppen b (Notfallkontakte) und c (Facharztkontakte) konstatieren. Auch hier waren sie überproportional vertreten. Einen ähnlichen, wenn auch geringeren, Effekt zeigte die Auswertung bei der Betrachtung von Patienten aus dem Mittleren Osten: Sie machten in der Vergleichspopulation etwa 11% der Patienten aus, waren jedoch in den Gruppen a und c mit ca. 20% vertreten. Patienten mit der Herkunftsregion Europa waren lediglich im Hinblick auf die Arztkontakte überproportional vertreten (13,01% vs. 2,28%), Notfall- und häufige Facharztkontakte ließen sich bei ihnen nicht verzeichnen.

Umgekehrt verhält es sich mit Patienten aus dem Nahen Osten. Diese stellten die überwiegende Zahl der Patienten der Vergleichsgruppe, waren jedoch in den Gruppen mit erhöhter Behandlungsfrequenz deutlich seltener vertreten. Dies betrifft insbesondere Arzt- und Facharztkontakte, aber auch, wenn auch etwas abgeschwächer, Notfallkontakte. Die nachfolgende Tabelle 19 illustriert die Auswertungen, für die Teststatistik wurde im Hinblick auf die kategorialen Ausprägungen der zu untersuchenden Variablen der Chi-Quadrat-Test verwendet.

Tabelle 19: Herkunft der Subgruppen

Herkunftsregion	Gruppe a n = 147		Gruppe b n = 126		Gruppe c n = 155		Keine Gruppe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	19**	13,01	3	2,44	7	4,64	40	2,28
Afrika	17	11,64	12	9,76	29**	19,21	127	7,24
Asien	1*	0,68	2	1,63	0	0	2	0,11
GUS	44**	30,14	27**	21,95	41**	27,15	176	10,03
Mittlerer Osten	30**	20,55	15	12,2	30**	19,87	192	10,95
Naher Osten	29*	19,86	55*	44,72	35**	23,18	1.053	60,03
Südamerika	1	0,68	0	0	3	1,99	21	1,20
Unbekannt/ Ungeklärt	4	2,74	5	4,07	3	1,99	84	4,79
Nordafrika	1	0,68	4	3,25	3	1,99	59	3,36
Summe	146	100	123	100	151	100	1.754	100

** $p \leq 0,001$, * $p \leq 0,05$, X^2 Test

Wird auf Länderebene ausgewertet, so zeigt sich, dass von den 147 Patienten der a-Gruppe der überwiegende Anteil aus Georgien stammte (n = 28, 19%), gefolgt von Patienten aus dem Irak (n = 19, 12,9%), der Republik Moldau (n = 16, 10,9%) und Afghanistan (n = 15, 10,2%). Die in der Gesamtkohorte größte Gruppe der syrischen Geflüchteten machte in der Gruppe a lediglich 9 Patienten (6,1%) aus.

In b-Gruppe b kamen die meisten Patienten aus Syrien (n = 42, 33,3%), gefolgt von Patienten aus Georgien (n = 17, 13,5%), Irak (n = 10, 7,9%) sowie Iran (n = 8, 6,3%) und spiegelten damit weitgehend die Reihenfolge der am häufigsten vertretenen Nationen in der Gesamtstichprobe wieder.

Auch in Gruppe c zeigte sich, dass die überwiegende Anzahl der Patienten aus Georgien stammte (n = 25, 16,1%), gefolgt von Irak (n = 18, 11,6%) sowie Syrien und Afghanistan mit jeweils 15 Patienten (9,7%).

3.4.3 Erkrankungen in den Subgruppen

An Patienten der Gruppe a wurden am häufigsten Diagnosen aus Kategorie R vergeben, jedoch signifikant weniger als in der Vergleichsgruppe (19,8% vs. 25,7%, $p < 0,001$). Darauf folgen Erkrankungen des Verdauungssystems (9,0%, $p < 0,001$) und Krankheiten des Atmungssystems (8,6%, $p = 0,387$).

Auf Fallebene wurden in dieser Gruppe insgesamt 1.276 Diagnosen vergeben. Am häufigsten vertreten waren dabei die Diagnosen Hypertonie (n = 38), Depression (n = 37), Kopfschmerzen (n = 36), Schwangerschaft und Zahnschmerzen (jeweils n = 35), posttraumatische Belastungsstörung und Husten (jeweils n = 34) sowie Schlafstörungen (n = 29).

An Patienten der Gruppe b wurden ebenfalls am häufigsten Diagnosen der Kategorie R vergeben (20,9%, $p=0,809$), gefolgt von Krankheiten des Atmungssystems (10,4%, $p=0,016$) und Erkrankungen des Verdauungssystems (8,8%, $p=0,033$).

Auf Fallebene fanden sich für die Gruppe b insgesamt 328 unterschiedliche Diagnosen. Am häufigsten waren dabei die Diagnosen Schwangerschaft ($n = 23$), posttraumatische Belastungsstörung ($n = 16$) sowie Kopfschmerzen, Hypertonie, Depression und Fieber (jeweils $n = 9$).

Für Patienten aus der Gruppe c wurden am häufigsten Diagnosen aus den ICD-Gruppen R (20,0 %, $p=0,01$) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (9,2%, $p<0,001$) und Psychische und Verhaltensstörungen (8,0%, $p<0,001$) kodiert.

Auf Fallebene wurden bei Patienten der Gruppe c insgesamt 834 Diagnosen gestellt. Am häufigsten vertreten waren dabei Depression ($n = 37$), Schwangerschaft ($n = 36$), Zahnschmerzen (35), Posttraumatische Belastungsstörung ($n = 29$), Schlafstörungen ($n = 27$) und Kopfschmerzen ($n = 20$).

Im Hinblick auf die Morbidität der Subgruppe lässt sich feststellen, dass insbesondere Diagnosen aus den Bereichen Infektionserkrankungen (A00-B99), Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93), Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98), Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99), aber vor allem Erkrankungen aus dem Bereich Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) sowie Krankheiten des Nervensystems (G00-G99) in allen drei Subgruppen vorherrschend waren. Hier zeigten sich unter Verwendung des Chi-Quadrat-Tests signifikante Häufungen.

Weitere Ergebnisse sind in Tabelle A-7 im Anhang auf S. 98 dargestellt.

3.4.4 Hypertonie, Diabetes, somatoforme Symptome und chronische Erkrankungen in den Subgruppen

Die Diagnose der arteriellen Hypertonie war in der Gruppe mit den 5% häufigsten Arztkontakten etwas mehr als doppelt so häufig vertreten als in der Gesamtstichprobe. Signifikante Einflüsse auf Notfallkontakte oder gehäufte fachärztliche Behandlungen fanden sich hingegen nicht.

Patienten, die an Diabetes (mellitus) Typ 2 litten, waren häufiger in den Subgruppen der häufigen Arzt- und Notfallkontakten zu finden, obgleich dieser Zusammenhang nicht signifikant war. In allen Subgruppen fanden sich keine Patienten, die an Diabetes (mellitus) Typ 1 litten.

Auffällig war hingegen die Verteilung der somatoformen Symptome: Sie waren in den Subgruppen der häufigen Arzt- (36,1% vs. 7,9%) sowie Facharztkontakte (24,5% vs. 7,9%) deutlich und mit $p<0,001$ statistisch signifikant erhöht. Signifikante Einflüsse auf Notfallbehandlungen konnten hingegen nicht gefunden werden.

Auch der Anteil an chronischen Erkrankungen zeigte sich in den Gruppen mit gehäuften Arzt- (53,1% vs. 19,2%) und Facharztkontakten (31,6% vs. 19,2%) signifikant erhöht. Weitere Befunde zeigt die nachfolgende Tabelle 20.

Tabelle 20: Verteilung chronischer Erkrankungen, Hypertonie, Diabetes und somatoformer Symptome in den Subgruppen

Erkrankung	Gruppe a n = 147		Gruppe b n = 126		Gruppe c n = 155		keine Gruppe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hypertonie	14*	9,5%	9	7,1%	6	3,9%	88	4,2%
Diabetes (mellitus)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,1%
Typ 1								
Typ 2	4	2,7%	3	2,4%	1	0,6%	27	1,3%
Somatoformes Symptom	53**	36,1%	17	13,5%	38**	24,5%	166	7,9%
Chronische Erkrankung	78**	53,1%	33	26,2%	49*	31,6%	406	19,2%
Summe	149		62		94		689	

** $p \leq 0,001$, * $p \leq 0,05$, χ^2 -Test

3.4.5 Medikamentenverordnungen in der Subgruppe

Werden Medikamentenverordnungen in der Subgruppe betrachtet, so fällt auf, dass knapp 29% aller Analgetikaverordnungen, 25% aller Antibiotika- und systemischen Antibiotikaverschreibungen sowie 26% aller auf das Nervensystem wirksamen Medikamente, 50% der Antidepressiva, 57% aller Anxiolytika und 64% aller Antipsychotika Patienten der Subgruppen a bis c verschrieben wurde, obwohl sie nur 14,35% der Kohorte ausmachten. Werden nicht die Verschreibungshäufigkeiten, sondern die Anzahl der Patienten, denen mindestens einmal ein Medikament aus einer der genannten Medikamentengruppen verschrieben worden ist, zugrunde gelegt, ergibt sich ein ähnliches Bild: Patienten aus der Gruppe mit den meisten Arztkontakten (Gruppe a und Facharztkontakten (Gruppe c wurden signifikant häufiger o. g. Medikamente verschrieben als Patienten, die zu keiner Subgruppe gehörten (stets $p \leq 0,001$). Bei der Gruppe mit den Notfallkontakten (Gruppe b waren Patienten, denen auf das Nervensystem wirksame Substanzen verschrieben wurden, signifikant häufiger vertreten als in der Vergleichsgruppe. Näheres zeigt die folgende Tabelle 21:

Tabelle 21: Medikamentenverschreibungen in der Subgruppe

verordnetes Medikament	Gruppe a n = 147		Gruppe b n = 126		Gruppe c n = 155		Keine Subgruppe		Gesamtzahl Patienten
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Analgetikum	97**	13,5%	45	6,3%	67*	9,3%	583	81,0%	720
Antibiotikum	81**	13,3%	37	6,1%	62*	10,1%	494	80,9%	611
systemisch wirksames Antibiotikum	61**	13,9%	28	6,4%	45*	10,3%	353	80,4%	439
auf Nervensystem wirk- sam	92**	18,5%	36*	7,3%	70**	14,1%	374	75,4%	496
Antidepressivum	29**	36,3%	8*	10,0%	30**	37,5%	45	56,3%	80
Anxiolytikum	21**	38,9%	12**	22,2%	16**	29,6%	28	51,9%	54
Antipsychotikum	19**	50,0%	9**	23,7%	21**	55,3%	15	39,5%	38
Opiod	7**	50,0%	5**	35,7%	3*	21,4%	6	42,9%	14

** $p \leq 0,001$, * $p \leq 0,05$, χ^2 -Test

3.4.6 Durch Ärzte eingeschätzte Verständigungsqualität in den Subgruppen

Die eingeschätzte Verständigungsqualität durch die Ärzte zeigte sich auf den ersten Blick wenig auffällig. Werden die durch die Ärzte auf der 5-stufigen Likert-Skala angegebenen Einschätzungen zu jeder Konsultation gemittelt, finden sich lediglich geringe Abweichungen. Der Mittelwert befindet sich stets zwischen 1 und 2 und damit zwischen den Angaben „voll und ganz“ und „weitgehend“. Dies betrifft dabei sowohl die Frage nach dem Verstehen des Patientenanliegens als auch die Frage danach, ob der Patient die vorgebrachten Empfehlungen nach Einschätzung des Arztes verstanden hat. Wird hingegen, wie bereits in Kapitel 3.3.3 ausgeführt, die jeweilig schlechteste Bewertung der Verständigung zugrunde gelegt, so zeigt sich ein gleichsinniger Zusammenhang. Der Durchschnitt der schlechtesten Bewertung bei der ersten Frage in Gruppe a fällt mit 2,54 eine Antwortstufe schlechter aus als der Durchschnitt der Bewertung und zudem etwa eine Stufe schlechter als in der Gesamtstichprobe. Ähnliche Werte werden ebenfalls für die zweite Frage gefunden. Beide Befunde sind mit $p < 0,001$ statistisch signifikant.

Der Durchschnitt der schlechtesten Bewertung hatte ebenfalls einen Einfluss auf den Personenkreis mit übermäßig häufigen Facharztbehandlungen. Für Gruppe c zeigten sich im Vergleich zur Gesamtstichprobe allerdings geringere Unterschiede als dies für Gruppe a der Fall gewesen ist. Die Befunde bleiben allerdings unter Verwendung des Mann-Whitney-U-Tests signifikant.

Unterschiede zu den Personen mit notfallmedizinischen Behandlungen zeigten sich nicht, wie auch der folgenden Tabelle 22 entnommen werden kann:

Tabelle 22: Einschätzung der Verständigung durch Ärzte bei Subgruppen

Einschätzung durch Ärzte (1: „voll und ganz“ - 5: „gar nicht“)	Gruppe a n = 147		Gruppe b n = 126		Gruppe c n = 155		Keine Gruppe		
	Ø	SD	Ø	SD	Ø	SD	Ø	SD	
„Haben Sie das Anliegen des Patienten verstanden?“	Ø Bewertung	1,56	0,62	1,53	0,77	1,45	0,60	1,56	0,85
	Schlechteste Bewertung	2,54**	1,28	2,01	1,25	2,02*	1,17	1,70	1,01
„Hat der Patient Ihre vorgebrachten Empfehlungen (z. B. zur Medikamen- teneinnahme) verstanden?“	Ø Bewertung	1,54	0,54	1,51	0,74	1,45	0,57	1,58	0,87
	Schlechteste Bewertung	2,50**	1,24	1,99	1,21	2,02*	1,17	1,73	1,04

** $p \leq 0,001$, * $p \leq 0,05$, Mann-Whitney-U-Test

Einschränkend muss jedoch konstatiert werden, dass zwar zu 87,8% (n = 129) der in Gruppe a versammelten Patienten Einschätzungen vorlagen. In Gruppe b waren es hingegen nur 63,5% (n = 80) und in Gruppe c immerhin 83,9% (n = 130).

3.4.7 Durch Pflegepersonal eingeschätzte Verständigungsqualität in den Subgruppen

Die durch das Krankenpflegepersonal eingeschätzte Verständigungsqualität war in den Subgruppen insgesamt positiv und zeigte mit durchschnittlichen Punktabgaben von 1,39 bzw. 1,36 auf der 5-stufigen Likert-Skala, dass die Verständigung zwischen Pflegepersonal und Patienten mehrheitlich als „voll und ganz“ eingeschätzt wurde. Unter Berücksichtigung der jeweils schlechtesten Bewertungen über die Verständigung fanden sich ebenfalls keine wesentlichen Unterschiede. Signifikante Befunde zeichneten sich nicht ab, wie auch die nachfolgende Tabelle 23 zeigt. Einschränkend muss hier jedoch auf die geringe Anzahl der Einschätzungen verwiesen werden, die für Gruppe a lediglich bei 16 (10,9%), für Gruppe b bei 9 (7,1%) und für Gruppe c bei 14 (9,0%) lag.

Tabelle 23: Einschätzung der Verständigung durch Krankenpflegepersonal bei Subgruppen

Einschätzung durch Krankenpflegepersonal (1: „voll und ganz“ - 5: „gar nicht“)	Gruppe a n = 147		Gruppe b n = 126		Gruppe c n = 155		Keine Gruppe		
	Ø	SD	Ø	SD	Ø	SD	Ø	SD	
„Wusste der Patient bereits, warum die Arznei verordnet wurde?“	Ø Bewertung	1,39	0,63	1,53	0,77	1,49	0,67	1,76	1,00
	Schlechteste Bewertung	1,75	0,93	1,89	1,05	1,79	0,89	1,85	1,12
„Hat der Patient Ihre Empfehlungen zur Medikamenteneinnahme verstanden?“	Ø Bewertung	1,36	0,54	1,42	0,64	1,55	0,71	1,70	0,94
	Schlechteste Bewertung	1,81	1,11	1,78	1,09	1,93	1,07	1,80	1,05

** $p \leq 0,001$, * $p \leq 0,05$, Mann-Whitney-U-Test

3.4.8 Anwesenheit von Laiendolmetschern in den Subgruppen

Die Anwesenheit von Laiendolmetschern in der Sprechstunde unterschied sich in den Gruppen mit häufigen Arzt- bzw. Facharztkontakten signifikant von der Vergleichsgruppe. Während in der Vergleichsgruppe lediglich 30,1% der Patienten mindestens eine Konsultation mit Dolmetscherunterstützung hatten, waren dies in Gruppe a 56,3% ($p < 0,001$) und in Gruppe c 48,5% ($p < 0,001$). Näheres zeigt die folgende Tabelle 24:

Tabelle 24: Anzahl der Dolmetscherbegleitung bei Subgruppen

Mindestens eine Begleitung durch Dolmetscher	Gruppe a n = 147		Gruppe b n = 126		Gruppe c n = 155		Keine Gruppe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
während Sprechstunde	72**	56.3%	30	38.0%	63**	48.5%	320	30.1%
während Medikamentenausgabe	3	18.8%	1	11.1%	3	21.4%	19	15.3%

** $p \leq 0,001$, * $p \leq 0,05$, X^2 -Test bzw. Fisher's Exact Test

Wird die Anzahl der Dolmetscherbegleitungen betrachtet, zeigte sich in der Gruppe a und c, dass diese mit durchschnittlich 1,0 bzw. 0,8 Dolmetscherbegleitungen ebenfalls signifikant häufiger durchgeführt wurden als in der Vergleichsgruppe mit durchschnittlich 0,4 Dolmetscherbegleitungen (siehe Tabelle 23).

Tabelle 25: Durchschnittliche Anzahl an Dolmetscherbegleitungen bei Subgruppen

Begleitungen durch Dolmetscher	Gruppe a n = 147		Gruppe b n = 126		Gruppe c n = 155		Keine Gruppe	
	Ø	SD	Ø	SD	Ø	SD	Ø	SD
während Sprechstunde	1.04**	1.31	0.63	1.18	0.77**	1.14	0.35	0.57
während Medikamentenausgabe	0.06	0.14	0.06	0.17	0.12	0.29	0.14	0.33

** $p \leq 0,001$, * $p \leq 0,05$, Mann-Whitney-U-Test

Einflüsse von Dolmetscherbegleitungen auf die Anzahl von Notfallkontakten konnten insgesamt ebenso wenig gefunden werden wie Einflüsse von Dolmetscherbegleitungen während der Medikamentenausgabe auf Vorstellungshäufungen.

3.5 Regressionsanalyse

Die vorangegangenen Auswertungen zeigen, dass unterschiedliche Faktoren einen Einfluss darauf hatten, wie häufig geflüchtete Patienten ärztliche Behandlungen aufsuchten. Mittels Regressionsanalyse sollen nun mehrere Faktoren gemeinsam untersucht werden. Um eine Regressionsanalyse durchführen zu können, müssen mehrere Bedingungen erfüllt sein (Plackett 1950).

1. Für die unabhängigen Variablen, die in das Modell aufgenommen werden, müssen lineare Zusammenhänge mit der abhängigen Variable bestehen. Diese linearen Zusammenhänge wurden in den vorangegangenen Kapiteln geprüft und teilweise auch visualisiert (z. B. Abbildung 11, S. 39).
2. Die Erhebung darf nicht strukturell verzerrt sein, sondern muss eine echte Zufallsstichprobe darstellen. Dies ist durch den Vollerhebungscharakter der Untersuchung gegeben.
3. Die einbezogenen Faktoren dürfen untereinander nicht in einer hohen Korrelation (Multikollinearität) stehen. Dies ist typischerweise der Fall, wenn sich in einer Korrelationsanalyse Koeffizienten zwischen zwei Faktoren von $r > 0,7$ ergeben. Dies ist beispielsweise bei den Variablen „Patient hat Antibiotikum verordnet bekommen“ und „Patient hat systemisches Antibiotikum verordnet bekommen“ der Fall – die Variablen zeugen von einer inhaltlichen Überlappung, welche sich etwa auch in einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,803$ ($p > 0,001$) niederschlägt. Auch die beiden Fragen zur Einschätzung der Verständigung durch die Ärzte zeigt eine hohe Korrelation ($r = 0,925$, $p > 0,001$). Daher wurden nur die ersteren Variablen eingeschlossen.

Eine notwendige Bedingung ist ferner, dass die Varianz über alle Beobachtungseinheiten konstant sein soll (Homoskedastizität). Dies ist gerade im Hinblick darauf, dass es innerhalb der Untersuchungspopulation verschiedene Untergruppen bezogen auf Herkunft, rechtlichen Status oder Geschlecht gibt, schwierig. Die Überprüfung auf Homoskedastizität erfolgt entweder unter Beurteilung

von Streudiagrammen, die die Varianzen über die Beobachtungseinheiten angeben, oder – wie hier aufgrund der großen Stichprobe geschehen – teststatistisch mittels modifizierten Preusch-Pagan-Test (für nicht normalverteilte Stichproben) bzw. White-Test. In beiden Tests zeigte sich eine deutliche Heteroskedastizität (Preusch Pagan: $X^2=99,614$, df 1, $p<0,001$; White: $X^2=1266,479$, df 664, $p<0,001$), sodass für die Analyse die Parameterschätzungen mit robusten Standardfehlern durchgeführt wurde. Als Modus wurde HC3 verwendet, wie üblicherweise empfohlen (Hayes und Cai 2007).

3.5.1 Regressionsmodell

In das Regressionsmodell sollen unterschiedliche Faktoren, die einen Einfluss auf die Kontakthäufungen haben können, eingeschlossen werden. Dazu gehören

- a) Demografische Faktoren: Geschlecht, Alter, Status, Herkunftsregion,
- b) Faktoren zur Verständigung: Anwesenheit von Laiendolmetschern in der Sprechstunde, Einschätzung der Kommunikation durch Ärzte (lediglich Frage 1),
- c) Faktoren zur Erkrankung: ICD-Gruppe der Erkrankung, Vorliegen eines somatoformen Symptoms, Vorliegen chronischer Erkrankung, Vorliegen von Hypertonie oder Diabetes,
- d) Faktoren zur Medikamentenverordnung: Verordnung von Antibiotika, Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika, Analgetika, Opioide oder Analgetika.

Als abhängige Variablen wurden jeweils die Anzahl der Arztkontakte, Notfallkontakte und Facharztkontakte in das Modell eingebracht, wobei, wie unter 3.5.2. ausgeführt wird, bei letzteren beiden kein suffizient erklärendes Regressionsmodell gefunden werden konnte.

3.5.2 Ergebnisse der Regressionsanalyse

Zuerst wurde festgestellt, dass das unter 3.5.1 eingeführte Modell insgesamt signifikant ist ($F=37,303$ $p<0,001$). Die Qualität des Modells zeigte sich mit einem $R=0,758$ (korrigiertes $r^2=0,560$) zudem als annehmbar. Dies bedeutet, dass 56% der Varianz der Anzahl der Arztkontakte mit diesem Modell erklärt werden können.

Bei den Berechnungsmodellen mit den abhängigen Variablen „Anzahl der Notfallkontakte“ und „Anzahl der Facharztkontakte“ fanden sich ebenfalls signifikante Modelle, allerdings war die Reichweite des Modells trotz mehrfacher Adjustierung mittels unterschiedlicher Ein- und Ausschlussverfahren nicht hinreichend (Notfallkontakte korrigiertes $r^2=0,103$; Facharztkontakte korrigiertes $r^2=0,361$), sodass hier auf die Darstellung der Ergebnisse verzichtet wurde.

Die wesentlichen Ergebnisse der Regressionsanalyse sind in der folgenden Tabelle 26 dargestellt:

Tabelle 26: Ergebnisse Regressionsanalyse

Parameter	Regressions- koeffizient B	Robuster Standardfehler ^a	T	p	Konfidenzintervalle	
					unteres CI	oberes CI
Konstanter Term	0,035	0,486	0,072	0,943	-0,918	0,988
Demografische Aspekte						
Geschlecht (1=weiblich, 2=männlich)						
Alter						
Status (1=asylsuchend, 2=resettlement)						
Herkunftsregion						
Europa	0,693	0,397	1,746	0,081	-0,086	1,472
Afrika	0,446	0,341	1,309	0,191	-0,222	1,114
Asien	1,363	2,016	0,676	0,499	-2,592	5,318
GUS	0,883*	0,329	2,689	0,007	0,239	1,528
Mittlerer Osten	0,132	0,294	0,450	0,653	-0,444	0,708
Naher Osten	-0,174	0,227	-0,769	0,442	-0,619	0,270
Südamerika	0,114	0,385	0,295	0,768	-0,641	0,868
Unbekannt / Ungeklärt	-0,406	0,304	-1,339	0,181	-1,002	0,189
Nordafrika	0,019	0,298	0,064	0,949	-0,566	0,604
Verständigung						
Dolmetscher bei Vorstellung	0,488**	0,133	3,677	<0,001	0,228	0,748
Einschätzung der Verständigung durch Ärzte (1=voll und ganz, 5=gar nicht)	0,004	0,054	0,066	0,948	-0,102	0,110
Erkrankungen nach ICD-Gruppe						
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,443**	0,322	4,486	<0,001	0,812	2,074
C00-D48 Neubildungen	2,077*	0,801	2,593	0,010	0,506	3,648
D50-D90 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteili- gung des Immunsystems	2,333*	0,750	3,110	0,002	0,861	3,805
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,348	0,483	0,719	0,472	-0,601	1,296
F00-F99 Psychische und Verhaltens- störungen	1,140*	0,503	2,268	0,024	0,154	2,127
G00-G99 Krankheiten des Nerven- systems	0,831	0,426	1,953	0,051	-0,004	1,667
H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	0,827**	0,232	3,557	<0,001	0,371	1,282
H60-H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,566*	0,208	2,727	0,006	0,159	0,974
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsys- tems	1,439**	0,448	3,215	0,001	0,561	2,317
J00-J99 Krankheiten des Atmungs- systems	0,536**	0,127	4,238	<0,001	0,288	0,785
K00-K93 Krankheiten des Verdau- ungssystems	1,517**	0,299	5,081	<0,001	0,931	2,103
L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,083**	0,252	4,294	<0,001	0,588	1,578
M00-M99 Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems und des Bindege- webes	0,679	0,429	1,581	0,114	-0,164	1,522

Parameter	Regressions- koeffizient B	Robuster Standardfehler ^a	T	p	Konfidenzintervalle	
					unteres CI	oberes CI
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	0,933*	0,302	3,089	0,002	0,341	1,526
O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2,745*	0,946	2,902	0,004	0,889	4,601
P00-P96 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,731*	0,249	2,936	0,003	0,243	1,220
Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	-0,664	0,762	-0,871	0,384	-2,159	0,831
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	0,884**	0,127	6,983	<0,001	0,636	1,132
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1,120**	0,292	3,839	<0,001	0,548	1,693
Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	2,071**	0,640	3,233	0,001	0,814	3,327
Spezielle Krankheitszustände						
Hypertonie	-0,049	0,732	-0,066	0,947	-1,486	1,388
Diabetes	0,107	0,286	0,373	0,709	-0,454	0,668
Vorliegen eines somatoformen Symptoms	0,993**	0,259	3,832	<0,001	0,484	1,501
Vorliegen mindestens einer chronischen Erkrankung	0,023	0,329	0,070	0,944	-0,623	0,669
Medikamentenverordnungen						
Antibiotikum	0,557**	0,143	3,888	<0,001	0,276	0,838
Antipsychotikum	2,249*	0,868	2,591	0,010	0,546	3,952
Nervensystem-wirksames Medikament	0,196	0,292	0,673	0,501	-0,376	0,769
Antidepressivum	0,396	0,679	0,583	0,560	-0,936	1,727
Anxiolytikum	0,567	0,578	0,981	0,327	-0,567	1,701
Opioid	3,233	1,766	1,831	0,067	-0,231	6,698
Analgetikum	0,039	0,209	0,185	0,853	-0,372	0,449

^aHC3-Methode, **p≤0,001, *p≤0,05

3.5.2.1 Demografische Aspekte

Demografische Aspekte hatten nur im Hinblick auf den rechtlichen Status des Patienten einen signifikanten Einfluss auf die Vorstellungshäufigkeiten. War ein Patient Resettlement-Geflüchteter, ging dies mit im Durchschnitt 0,35 weniger Arztkontakten einher (p=0,011, CI -0,62 - -0,08). Für Alter und Geschlecht konnte kein signifikanter Einfluss nachgewiesen werden.

3.5.2.2 Herkunftsregion

Im gewählten Regressionsmodell war der herkunftsbedingte Einfluss auf Vorstellungshäufungen nur in einem einzigen Fall signifikant: Das Vorliegen der Herkunftsregion GUS ging mit 0,88 zusätzlichen ärztlichen Behandlungen einher ($p=0,007$, CI 0,24 - 1,53).

3.5.2.3 Verständigung

Die mindestens einmalige Begleitung des Patienten durch einen Dolmetscher in der Sprechstunde ging mit einer geringen, aber signifikanten, Erhöhung der Vorstellungshäufigkeit um 0,49 zusätzliche Arztkontakte einher ($p<0,001$, CI 0,23 - 0,75). Einen signifikanten Einfluss der Verständigungsqualität (durch Ärzte bewertet) auf die Vorstellungshäufungen fand sich nicht.

3.5.2.4 Erkrankung nach ICD-Gruppe

Durch die Regressionsanalyse konnte nachgewiesen werden, dass das Vorliegen bestimmter Diagnosen mit erhöhten Wiedervorstellungen einherging. Dies betrifft insbesondere Diagnosen aus der Gruppe „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“. Lag eine Diagnose in diesem Bereich vor, stieg die Anzahl der Arztkontakte um durchschnittlich 2,75 ($p=0,004$, CI 0,89 - 4,60). Am häufigsten zeigten sich hier die Diagnosen Entbindung eines Säuglings ($n = 7$), Risikofaktoren in der Schwangerschaft ($n = 7$) und Schwangerschaftsdiabetes ($n = 6$).

Der zweithöchste Regressionskoeffizient zeigte sich beim Vorliegen einer Diagnose aus der ICD-Kategorie „Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems“. Ein Vorliegen einer solchen Diagnose steigerte die Anzahl der Vorstellungen bei Ärzten um durchschnittlich 2,33 ($p=0,002$, CI 0,86 - 3,81). Am häufigsten wurde die Diagnose Eisenmangelanämie vergeben ($n = 11$) gefolgt von sonstigen Anämien ($n = 9$) und unklaren Thrombozytopenien ($n = 7$).

Auch für die Diagnose „Neubildungen“ zeigte sich im berechneten Modell eine Erhöhung der Vorstellungen. Das Auftreten dieser Diagnosen ging mit 2,08 zusätzlichen Vorstellungen einher ($p=0,010$, CI 0,51 - 3,65). Am häufigsten waren hier bösartige Neubildung des Cervix uteri ($n = 13$), bösartige Neubildungen des Pankreas ($n = 7$) sowie lymphatische Leukämie (Haarzellenleukämie) und unsichere Neubildung der Mammahaut (jeweils $n = 4$).

Ähnlich verhielt es sich mit Diagnosen aus dem Bereich „Z“, also Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. In dieser Gruppe fanden sich übermäßig häufig die Feststellung einer Schwangerschaft (Z32) mit 129 Diagnosen, gefolgt von Impfungen ($n = 32$), chirurgischen Wundkontrollen ($n = 23$), Zustand nach Organtransplantationen ($n = 20$) und weiblicher Genitalverstümmelung ($n = 12$). Ein Vorliegen dieser Diagnosen ging mit durchschnittlich 2,07 zusätzlichen Arztvorstellungen einher ($p=0,001$, CI 0,81 - 2,33).

Eine Erhöhung der Konsultationsrate konnte zudem beim Vorliegen von Erkrankungen des Verdauungssystems festgestellt werden. Das Vorliegen dieser Erkrankungen ging im Durchschnitt mit 1,52 zusätzlichen Arztvorstellungen einher ($p < 0,001$, CI 0,93 - 2,10).

Etwas geringer, aber signifikant, wirkte sich das Vorliegen von Infektions- und parasitären Erkrankungen aus. Hier fand sich ein Korrelationskoeffizient von 1,44 ($p < 0,001$, CI 0,81 - 2,07). Die häufigsten Diagnosen in dieser Gruppe waren nicht näher bezeichnete Gastroenteritiden und Kolitiden ($n = 41$), gefolgt von Skabies ($n = 39$), chronische Hepatitis B ($n = 26$), nicht näher bezeichnete Helminthosen ($n = 21$) und nicht näher bezeichnete Mykosen ($n = 13$).

Auch die Diagnose einer Krankheit des Kreislaufsystems ging mit einer Erhöhung der Arztkontakte um durchschnittlich 1,44 Behandlung einher ($p = 0,001$, CI 0,56 - 2,32). Am häufigsten wurde in dieser ICD-Kategorie die Diagnose der primären Hypertonie ($n = 150$) vergeben, gefolgt vom Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit ($n = 35$), sonstigen Hypotonien ($n = 8$) und sonstigen kardialen Arrhythmien ($n = 7$).

Das Vorliegen von Psychischen und Verhaltensstörungen ging im gewählten Regressionsmodell im Mittel mit 1,14 zusätzlichen Behandlungen einher ($p = 0,024$, CI 0,15 - 2,13). Am häufigsten wurden für diese Krankheitsentitäten die Diagnosen der Depression ($n = 86$), gefolgt von Posttraumatischer Belastungsstörung ($n = 54$), Angststörungen ($n = 17$) sowie psychische Störung ohne nähere Angaben ($n = 7$) kodiert.

3.5.2.5 Spezielle Krankheitszustände

In der Auswertung konnte nachgewiesen werden, dass das Vorliegen unspezifischer somatoformer Symptome mit dem wiederholten Vorstellen in der Sprechstunde einherging. Lag bei einem Patienten ein somatoformes Symptom vor, erhöhte sich die Anzahl der Arztbesuche um 0,99 ($p > 0,001$, CI 0,48 - 1,50). Bei anderen speziellen Krankheitszuständen wie Hypertonie, Diabetes oder dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung konnten keine signifikanten Einflüsse nachgewiesen werden.

3.5.2.6 Medikamentenverordnungen

Die lineare Regressionsanalyse zeigt, dass Antibiotika- und Antipsychotikaverschreibungen einen signifikanten Einfluss auf die Arztkontakthäufigkeit hatten. Wurde einem Patienten ein Antibiotikum verschrieben, stiegen die Arztbesuche um 0,56 Besuche an ($p < 0,001$, CI 0,28 - 0,84). Wurde einem Patienten ein Antipsychotikum verschrieben, stiegen die Arztbesuche um 2,25 Besuche an ($p = 0,010$, CI 0,95 - 3,95). In diesem Regressionsmodell konnten für eine Vielzahl anderer Medikamentenverordnungen keine signifikanten Einflüsse gefunden werden. Auffällig erscheint der knapp nicht signifikante Befund von Opioid-Verordnungen mit einem Regressionskoeffizienten von 3,23 ($p = 0,067$, CI -0,23 - 6,70).

4. Diskussion

4.1 Kritische Betrachtung der Ergebnisse

4.1.1 Stichprobe

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Arztkontakte bzw. Behandlungen von 2.111 geflüchteten Patienten bzw. 5.133 geflüchteten Bewohnern des Grenzdurchgangslagers in Friedland im Verlauf von einem Jahr betrachtet. Insgesamt wurden 3.811 Vorstellungen zur allgemeinmedizinischen Sprechstunde, 136 Notfallbehandlungen und 712 Facharztvorstellungen gezählt. Das Geschlechterverhältnis in der Kohorte war ausgeglichen, Patienten waren im Mittel 26 Jahre alt.

4.1.2 Repräsentativität der Stichprobe

Dies kann insgesamt als große Kohorte bezeichnet werden, da in einer Vielzahl anderer retrospektiver Studien über die medizinische Versorgung von Geflüchteten meist deutlich weniger Personen eingeschlossen wurden (z. B. 548 Patienten bei Alberer et al. 2016, 1.137 Verschreibungen an Asylsuchende bei Kahl und Frewer 2017, 1.533 Bewohner einer Erstaufnahmeeinrichtung bei Wetzke et al. 2018, 2.753 Patienten bei Goodman et al. 2018, 2.205 Bewohner einer Erstaufnahmeeinrichtung in Borgschulte et al. 2018, 146 Patienten bei Jäger et al. 2019).

Im Hinblick auf die demografischen Aspekte Alter, Geschlecht und Herkunftsregion unterscheidet sich die Untersuchungspopulation wenig von der Zusammensetzung der gegenwärtig in Deutschland Asylsuchenden: Die allermeisten Personen kommen aus dem Nahen Osten, hier sind die Hauptherkunftsländer in der untersuchten Kohorte Syrien mit 41,2% (vs. 27,3% in Deutschland), Irak 9,9% (vs. 10,1%), Iran 4,5% (vs. 6,7%) und Türkei 2,5% (vs. 6,1%). In der untersuchten Kohorte waren 49,7% der Patienten weiblich und damit die Anzahl etwas höher als im Bundesdurchschnitt (43,3%). Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge berichtet, dass etwa $\frac{3}{4}$ der Geflüchteten unter 30 Jahre alt gewesen sei, der Median der untersuchten Kohorte liegt bei 25 Jahren (BAMF 2019).

Bis auf einige Einschränkungen, etwa die übermäßige Anzahl an syrischstämmigen Geflüchteten, lässt sich konstatieren, dass die Stichprobe im Hinblick auf soziodemografische Faktoren in weiten Teilen Übereinstimmungen mit den nach Deutschland geflüchteten Personen zeigen.

4.1.3 Wiedervorstellungshäufungen

In der vorliegenden Untersuchung wurden durchschnittlich 2,2 Arztkontakte pro Patient (0-44, SD 2,4) bzw. 0,9 Arztkontakte pro Einwohner bzw. 12,3 Arztkontakte pro Einwohner und Jahr nachge-

wiesen. Vorstellungshäufungen variierten dabei im Jahresverlauf mit durchschnittlich über 2,5 Arztkontakten in den Wintermonaten und unter 2 Arztkontakten in den Sommer- und Herbstmonaten Juni, August und September.

Diese Anzahl erscheint im Vergleich zu einer Vergleichspopulation ohne Geflüchtete erhöht: Hauswaldt et al. berichteten 2012 in einer Auswertung von 155 Hausarztpraxen und 305.896 Patienten aus den Jahren 1996-2006 über eine durchschnittliche Inanspruchnahme von 7,3 Kontakten pro Patient und Jahr.

Die in der vorliegenden Untersuchung gemessene Anzahl ist zudem die höchste, die bisher für den Kontext der Erstaufnahmesituation beschrieben wurde. In einer Studie von Jäger et al. aus dem Jahr 2019 über Geflüchtete im Ruhrgebiet wurde über durchschnittlich 2,9 jährliche Inanspruchnahmen für allgemeinmedizinische Behandlungen berichtet, Wetzke et al. stellten 2018 0,03 Inanspruchnahmen pro Person und Tag und damit 10,95 Kontakte pro Jahr in einer niedersächsischen Erstaufnahmeeinrichtung fest, Günther et al. berichteten 2016 über lediglich 5 Patientenkontakte pro Bewohner und Jahr in einer Erstaufnahmeeinrichtung in Braunschweig, Hermans et al. 2017 über durchschnittlich 3,6 Inanspruchnahmen pro Jahr in einer Erstaufnahmeeinrichtung auf Lesbos (Griechenland).

Für die Anzahl an Notfallbehandlungen von 0,06 pro Patient bzw. 0,03 pro Einwohner bzw. 0,44 pro Einwohner und Jahr liegen in der Literatur kaum Vergleichsdaten für geflüchtete Patienten unter den Rahmenbedingungen der Erstaufnahme vor. Bundesweit zeigte sich die durchschnittliche rettungsdienstliche Versorgung mit 0,147 Rettungseinsätzen pro Jahr und Einwohner deutlich niedriger (Schmiedel 2015). Einzig Günther et al. (2016) berichten von häufigen notfallmedizinischen Einsätzen in der Erstaufnahmeeinrichtung der LAB in Braunschweig. Sie zählten mit 0,288 Einsätzen pro Einwohner und Jahr jedoch ebenfalls weniger Einsätze als in der hier beschriebenen Kohorte.

In der vorliegenden Untersuchung wurde ferner die Anzahl der Facharztkontakte bestimmt. Diese lag mit durchschnittlich 0,33 Behandlungen pro Patient bzw. 0,13 Behandlungen pro Bewohner bzw. 2,3 Behandlungen pro Bewohner und Jahr recht nahe an der von Jäger et al. (2019) berichteten 2,29 Behandlungen pro Asylsuchendem und Jahr.

Zu beachten ist jedoch, dass die Studie von Jäger et al. nicht nur eine geringe Anzahl von Patienten einschloss ($n = 146$), sondern die Anzahl der Kontakte von den Individuen im Rahmen einer Befragung erinnert wurde. Bei Wetzke et al. wurden auch pflegerische Kontakte gezählt, sodass auch hier die Anzahl der tatsächlichen ärztlichen Behandlungen etwas niedriger liegen wird als die berichtete Zahl. Hermans et al. konnten lediglich Daten zu wenigen Monaten auswerten. Die Stichprobe von

Wetzke et al. zeigt sich jedoch im Hinblick auf demografische Aspekte relativ ähnlich zu der hier untersuchten.

4.1.4 Einflussfaktoren auf Vorstellungshäufungen

Um Einflussfaktoren auf Wiedervorstellungshäufungen zu definieren, wurden drei unterschiedliche Vorgehensweisen gewählt: (1) Deskriptive Beschreibung und teststatistische Analyse einzelner Faktoren auf gehäufte Wiedervorstellungen, (2) Bildung und Beschreibung von Subgruppen der Patienten mit den häufigsten Arztkontakten (obere 5% der Patienten mit den häufigsten Arztkontakten (Gruppe a), Notfallbehandlungen (Gruppe b) und Facharztbehandlungen (Gruppe c), (3) Regressionsanalyse unter Betrachtung zahlreicher Faktoren.

Im Folgenden sollen nun Faktoren, die einen in der Studie nachgewiesenen Effekt auf Vorstellungshäufungen hatten, diskutiert und in Kontext zu in der bestehenden Literatur beschriebenen Erkenntnissen gesetzt werden.

4.1.4.1 Alter

Ein höheres Lebensalter der Patienten ging mit einer signifikant höheren Arztkontaktzahl einher. Die Effektstärke zeigte sich jedoch insgesamt als gering. Dies schlug sich ebenfalls in der Regressionsanalyse wieder, in der im Vergleich zu anderen Einflussfaktoren schließlich kein signifikanter Effekt mehr nachweisbar war. Trotzdem zeigte sich in der Subgruppenanalyse, dass die 5% der Patienten mit den meisten Arztkontakten im Durchschnitt fünf Jahre älter waren. Dies ist statistisch signifikant, klinisch jedoch im Hinblick darauf, dass das Medianalter der Patienten bei 25 Jahren lag, nicht relevant. Die von Wetzke et al. 2018 geäußerte Aussage, dass die höchste (aber gleichfalls nicht signifikante) Inanspruchnahme bei geflüchteten Patienten über 60 Jahren beobachtet wurde, bestätigte sich in der vorliegenden Untersuchung nicht: Hier hatten Patienten zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr die höchsten Inanspruchnahmen. Jäger et al. (2019) berichten von der höchsten Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Kontakte in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen, gefolgt von der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen. Leider lassen sich die Maßzahlen in dieser Untersuchung aufgrund der Berechnungseinheiten jährlicher Inanspruchnahmen pro Person und Jahr nicht mit den in der vorliegenden Untersuchung verwendeten absoluten Maßzahlen vergleichen. Einschränkend muss dabei gesagt werden, dass Jäger et al. Individuen unter 18 Jahren aus der Untersuchung ausgeschlossen hat, so dass diese Gruppe nicht mitbetrachtet werden kann. Da die Anzahl alter Patienten in der hier untersuchten Kohorte gering war, lässt sich insbesondere für die Gruppe von betagten und hochbetagten geflüchteten Patienten keine sichere Aussage treffen. Das Alter scheint insgesamt einen relevanten, wenn auch geringen, Einfluss auf die Anzahl der Arztkontakte zu haben. Interessant scheint jedoch die Tatsache, dass Kinder und Heranwachsende seltener von Vorstellungshäufungen betroffen sind

als etwa die Gruppe der 20- bis 29-Jährigen. Auffällig ist ebenfalls, dass Kinder und Jugendliche die niedrigsten Arztkontaktfrequenzen hatten.

In großen Teilen ähneln die Tendenzen auch der der autochthonen Bevölkerung: In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist beispielsweise beschrieben, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mit dem Alter ansteigt und etwa 94% der Befragten über 65 Jahre angibt, in den vergangenen 12 Monaten eine hausärztliche Behandlung gehabt zu haben. Die höchste Anzahl an Patienten ohne hausärztliche Behandlung findet sich in der Altersgruppe der 18- bis 29-jährigen Bevölkerung (Prütz und Rommel 2017).

4.1.4.2 Biologisches Geschlecht

In der Kohorte zeigte sich ein weitestgehend ausgeglichenes Geschlechterverhältnis: Weibliche Patienten machten 49,7% der Kohorte aus. Patientinnen stellten sich geringfügig häufiger in der Krankenstation vor als Patienten (\emptyset 2,4 vs. \emptyset 2,1). Dieser Befund ist signifikant und ähnelt dem, was Wetzke et al. 2018 feststellen konnten: Auch hier fiel die Konsultationsrate bei Frauen um etwa 20% höher aus (in der vorliegenden Kohorte waren dies 12,5%). Auffällig ist zudem, dass auch in der Gruppe mit den häufigsten Arztkontakten ein deutlicher und signifikanter Frauenüberschuss (63,3%) verzeichnet werden konnte. Dies ist insbesondere deswegen relevant, da, wie weiter unten ausgeführt wird, Vorstellungsgründe aus dem Bereich der Schwangerschaftsvor- und -nachsorge häufig mit mehreren Arztkontakten einhergingen. Diese Konsultationsanliegen betreffen dabei naturgemäß ausschließlich Frauen. Aufgrund dieser Interkollinearitätseffekte zeigte sich auch in der Regressionsanalyse, dass das Geschlecht im Vergleich zu anderen Einflussfaktoren keinen signifikanten Einfluss auf Vorstellungshäufungen darstellte. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird von einem ähnlichen Effekt berichtet: Frauen unter 45 Jahren nahmen häufiger ambulante medizinische Behandlungen in Anspruch als gleich alte Männer. Dies wurde mit der Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen begründet (Prütz und Rommel 2017).

4.1.4.3 Rechtlicher Status

Etwas mehr als die Hälfte der Patienten waren Asylsuchende (57,8%), während Resettlement-Geflüchtete 42,2% der Kohorte ausmachten. Asylsuchende nahmen durchschnittlich doppelt so häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch wie Patienten, die über das Resettlement-Programm aufgenommen wurden (\emptyset 2,8 vs. \emptyset 1,3). Dieser Unterschied in der Inanspruchnahme zeigte sich über alle unterschiedlichen Auswertungsmethoden hinweg und dies recht deutlich sowie stets signifikant. Asylsuchende stellten mit über 99% nahezu vollständig die Gruppe der 5% Patienten mit den meisten Arztkontakten. In der Regressionsanalyse bestätigte sich, dass der Faktor des rechtlichen Status einen signifikanten Einfluss auf Vorstellungshäufungen hatte. War ein Patient Resettlement-Geflüchteter, ging dies mit durchschnittlich 0,4 weniger Arztbesuchen einher. In einer gemeinsam mit Evelyn Klei-

ner veröffentlichten Arbeit auf Basis der vorliegenden Daten, wurden die Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten bereits beschrieben (Kleinert et al. 2019). Diese blieben ebenfalls bestehen, wenn die Fälle aufgrund der unterschiedlichen Aufenthaltsdauer der Resettlement-Geflüchteten im GDL durch Gewichtung ausgeglichen wurden.

In der Literatur wurde bisher der Faktor des rechtlichen Status bzw. des Aufenthaltstiteln nicht betrachtet, gleichwohl besteht Einigkeit darüber, dass unsichere Aufenthaltsperspektiven bestehende Erkrankungen ungünstig beeinflussen bzw. als negative Stressoren auf die seelische Homöostase wirken und somit somatoforme oder psychische Symptome hervorrufen oder verstärken können (Close et al. 2016). Gleichzeitig geht die rechtliche Einordnung häufig mit bestimmten Mustern der Flucht einher: Während Asylsuchende häufig ohne familiäre Begleitung flüchten, die Flucht über viele Länder und teilweise über mehrere Jahre erfolgt, in denen es häufig keine (ausreichende) medizinische Versorgung gibt, sie häufiger Opfer von Misshandlungen, sexuellen Übergriffen, Menschenhandel und Zwangsprostitution werden können, werden Resettlement-Geflüchtete in der Regel vom UNHCR in einem Aufnahmelager eines Drittstaats (z. B. in der Türkei oder Ägypten) ausgewählt und nach Zustimmung der deutschen Behörden in der Regel in Familienverbänden ausgeflogen. Häufig haben Resettlement-Geflüchtete bereits familiäre Verbindungen nach Deutschland oder nach Europa, zudem erhalten sie eine längerfristige Bleibeperspektive. In den Lagern der Drittstaaten gibt es in der Regel eine basale medizinische Versorgung, vor der Abreise werden die Geflüchteten medizinisch untersucht und ihnen die Reisefähigkeit attestiert. Gleichzeitig sind bestehende Erkrankungen ein Kriterium, den besonderen Schutzstatus des Resettlements zu erlangen. All diese Aspekte können eine Rolle darin spielen, warum Resettlement-Geflüchtete in dieser Kohorte seltener Ärzte aufsuchen als Asylsuchende.

4.1.4.4 Herkunft

In der Auswertung zeigte sich ebenfalls, dass die Herkunft der Patienten eine gewichtige Rolle auf Vorstellungshäufungen spielt. Werden lediglich die signifikanten Ergebnisse betrachtet⁵, so zeigt sich eine auffällige Häufung von Konsultationen bei Geflüchteten aus der Herkunftsregion Europa, die zwar lediglich 3,1% (n = 65) der Gesamtkohorte ausmachten, der Anteil aller Arztkontakte war jedoch etwa doppelt so hoch. Insgesamt betrug die Vorstellungsrate 4,1 pro Patient. Ferner machten Patienten aus Europa in der Gruppe der Häufignutzer einen überproportionalen Anteil von 13% aus. In der Regressionsanalyse konnte bei dem gewählten Modell jedoch kein signifikanter Einfluss mehr festgestellt werden.

⁵ Die höchste Vorstellungsanzahl (\bar{x} 4,5 Vorstellungen) pro Individuum zeigte sich bei Patienten aus der Herkunftsregion Asien, diese machten jedoch einen verschwindend geringen Anteil (n = 4) der Kohorte aus. Dieser Befund war nicht signifikant.

Ein Großteil der Personen kam aus der Republik Moldau ($n = 49$). Zahlreiche Geflüchtete der Republik Moldau gehören der Minderheit der Roma an, deren Gesundheitssituation als prekär beschrieben wurde (Graaf et al. 2016; Parekh und Rose 2011). Gleichzeitig kann der Vollzug der Abschiebung aufgrund schwerwiegender medizinischer Gründe ausgesetzt werden, sodass dies möglicherweise einen Einfluss darauf hat, welche Personen versuchen, in Deutschland einen Asylstatus zu erlangen. Valide Informationen darüber bestehen allerdings nicht, zudem sind die in den klassischen Migrationstheorien beschriebenen „pull-Faktoren“, also Faktoren, die Migranten dazu anreizen könnten in ein anderes Land zu ziehen – in diesem Fall etwa einer verbesserte Gesundheitsversorgung - in der Vergangenheit infrage gestellt worden (Haug 2000).

Auch bei Patienten der GUS sowie Georgien und Ukraine, die mit 11,7% und 246 Individuen die zweitgrößte Gruppe in der Kohorte ausmachte, zeigten sich übermäßige Vorstellungshäufungen. Die meisten Patienten kamen dabei aus Georgien ($n = 146$) gefolgt von Russland ($n = 43$) und Armenien ($n = 40$). Patienten mit dieser Herkunft stellten sich im Durchschnitt 3,5-mal vor. Sie waren in der Gruppe der Häufignutzer überproportional vertreten und machten hier 30,1% der Individuen aus. Im Hinblick auf Einzelnationen waren in dieser Gruppe am häufigsten Personen aus Georgien vertreten. Im Rahmen der Regressionsanalyse zeigte sich, dass die Herkunftsregion GUS als einziger auf Herkunft basierender Faktor mit einer signifikant höheren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einherging.

Weniger Vorstellungen als der Durchschnitt konnten für Patienten aus dem Nahen Osten verzeichnet werden, die 54,3% der Patienten der untersuchten Kohorte ausmachten. Diese stellten sich im Durchschnitt 1,6-mal in der Krankenstation vor und damit signifikant seltener als Patienten aus anderen Regionen. In der Subgruppe der Häufignutzer stellten sie mit 20% ebenso deutlich weniger Patienten als zu erwarten wäre. In der Regressionsanalyse zeigte sich hingegen, dass die Herkunftsregion „Naher Osten“ keinen signifikanten Faktor in der Erklärung von Konsultationshäufungen darstellt. Dies mag damit zusammenhängen, dass eine Kollinearität zum rechtlichen Status besteht, der, wie weiter oben ausgeführt wird, seinerseits einen signifikanten Einflussfaktor auf Konsultationshäufungen darstellt. Konkret fanden sich in der Gruppe der Patienten aus dem Nahen Osten 65,4% Personen aus dem Resettlement-Programm, für die andere Rahmen- und Ausgangsbedingungen bestehen als für Asylsuchende. Personen die über ein Resettlement-Verfahren aus dem Nahen Osten aufgenommen wurden, stellten sich mit $\emptyset 1,3$ Vorstellungen auch signifikant seltener vor als Patienten derselben Herkunftsregion, die sich als Asylsuchende vorstellten ($\emptyset 2,2$). Es liegt also nahe, diesen Effekt zu einem guten Teil dem rechtlichen Status zuzuschreiben.

Die Untersuchungsergebnisse decken sich damit nicht mit den Ergebnissen von Wetzke et al. (2018), die ihrerseits keine signifikanten Einflüsse von Herkunftsland- oder -region auf Vorstellungshäufun-

gen feststellen konnten. Jäger et al. (2019) und Hermans et al. (2017) haben Herkunftsländer oder -regionen in ihren Untersuchungen nicht einbezogen.

4.1.4.5 Erkrankungen und Medikation

In der vorliegenden Dissertation wurde ferner untersucht, inwiefern sich Patienten mit bestimmten Diagnosen häufiger bzw. seltener ärztlich vorstellten. Um den einzelnen Ergebnissen vorwegzugreifen: Insgesamt zeigte sich im Vergleich zu anderen möglichen und hier besprochenen Faktoren, dass das Vorliegen bestimmter Krankheitsentitäten zu den größten gemessenen Einflussfaktoren gehört, und etwa andere, jedoch ebenfalls signifikante, Aspekte wie rechtlicher Status der Patienten oder die Anwesenheit von Laiendolmetschern in den Schatten stellt.

Die meisten Arztkontakte hatten Patienten mit Diagnosen aus den ICD-10 Kategorien O (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) mit durchschnittlich 5,7 Vorstellungen. Diese waren auch in der Gruppe der Patienten mit den häufigsten Arztkontakten überproportional vertreten. In der Regressionsanalyse wurde ersichtlich, dass das Vorliegen einer Diagnose aus dieser ICD-10-Kategorie mit durchschnittlich 2,7 zusätzlichen Arztkontakten einherging. Die häufigsten Konsultationsanlässe betrafen in diesem Zusammenhang Schwangerschaftsvor- und -achsorge. Eine gewisse Überschneidung ergibt sich hier ebenfalls mit dem Bereich Z (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen), da hier ebenfalls das Vorliegen einer (meist unkomplizierten) Schwangerschaft dokumentiert werden kann. In einer gemeinsam mit Christian Dopfer durchgeführten Untersuchung konnte in einer vergleichbaren Kohorte eine 3,7-fach höhere Arztkontaktfrequenz von schwangeren Frauen ermittelt werden. Die häufigsten Konsultationsanliegen betrafen Untersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsbegleitung und Geburtsvorbereitungen sowie den Wunsch nach Überweisungen zu Hebammen oder Fachärzten. Waren spezifische Symptome der Grund der Vorstellung, so waren dies häufig Bauchschmerzen oder Blasenentzündungen (Dopfer et al. 2018). Diaz et al. konnten 2014 in Norwegen ebenfalls herausfinden, dass ein wesentlicher Grund für die wiederholte Inanspruchnahme primärmedizinischer Leistungen in der Schwangerschaftsvor- und -nachsorge bestand.

Ebenfalls erhöht zeigte sich die Arztkontaktfrequenz, wenn bei Patienten eine Diagnose aus dem Bereich D50-D90 (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe) kodiert wurde. Die Anzahl der Patienten mit Diagnosen aus dieser Gruppe war mit 24 Personen jedoch recht klein. Patienten litten an unterschiedlichen Arten von Anämien und Thrombozytopenien. Sie hatten im Mittel 5,5 Vorstellungen und waren auch in der Gruppe mit den häufigsten Arztkontakten übermäßig vertreten. In der Regressionsanalyse zeigte sich, dass ein Vorliegen solch einer Diagnose die Anzahl der Arztkontakte um durchschnittlich 2,3 Vorstellungen erhöhte. In einer Screeninguntersuchung in einer norddeutschen Erstaufnahmeeinrichtung fanden sich bei 22,5% der Asylsuchenden Anämien, die jedoch

meist gering ausgeprägt waren (Jablonka et al. 2018). Diese Anzahl erscheint im groben Vergleich deutlich höher als die Anzahl an Patienten, die sich in der vorliegenden Untersuchung aufgrund dieser Symptome in Behandlung begaben. Es lässt sich mutmaßen, dass Patienten, die sich in der Krankenstation vorstellten, an schwereren Formen der Anämie litten, sodass sie ohne Zuhilfenahme laborchemischer Untersuchungen, also mittels klinischer Untersuchung, auffielen. Insgesamt wurden 34 Eisenpräparate (0,8% aller Verschreibungen) verordnet; diese Medikamente sind im Hinblick auf das Nebenwirkungsprofil mit gastrointestinalen Symptomen assoziiert, die möglicherweise weitere Arztkontakte zur Folge haben könnten. Zudem werden bei stärkeren Anämien häufig laborchemische Verlaufstests zum Monitoring des Hämoglobinwertes durchgeführt, die ebenfalls mit weiteren Arztkontakten einhergehen können. Auch scheint die erhöhte Anzahl an Facharztbehandlungen (\emptyset 1,50) dafür zu sprechen, dass diese Patienten weitergehende Diagnostik durch fachärztliche Vorstellungen erfahren haben.

Bei 20 Patienten wurden Diagnosen aus der ICD-10-Kategorie C00-D48 (Neubildungen) kodiert. Am häufigsten waren hier Patienten von bösartiger Neubildung der Cervix uteri, bösartiger Neubildung des Pankreas, lymphatischer Leukämie (Haarzelleukämie) oder Verdacht auf Brustkrebs betroffen. Aufgrund der Schwere dieser Erkrankungen erscheinen wiederholte Arztkontakte, in diesem Fall durchschnittlich 5,3, verständlich. In der Regressionsanalyse zeigte sich, dass das Vorliegen einer solchen Diagnose mit im Durchschnitt 2,1 zusätzlichen Arztkontakten einherging. Auch die Anzahl der Facharztkontakte war mit durchschnittlich 2,1 Kontakten erhöht und deutet darauf hin, dass Patienten in fachärztliche Behandlung überwiesen oder sogar Krankenhausbehandlungen nötig geworden sind.

108 Patienten erhielten Diagnosen aus der ICD-10-Kategorie F (Psychische und Verhaltensstörungen). Diese hatten im Schnitt 5,1 Arztkontakte und durchschnittlich 1,3 fachärztliche Vorstellungen. Das Vorliegen von psychischen und Verhaltensstörungen ging im gewählten Regressionsmodell im Mittel mit 1,1 zusätzlichen Behandlungen einher. Am häufigsten zeigten sich dabei Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen und Angststörungen. In einem Umbrella-Review fanden sich höchst unterschiedliche Prävalenzraten an posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen und Angsterkrankungen bei Geflüchteten, sodass hier selbst ein grober Vergleich schwerfällt (Turrini et al. 2017). Diaz et al. (2014) konnten für Migranten in Norwegen ebenfalls eine Konsultationshäufung feststellen, wenn sie aufgrund psychischer bzw. psychiatrischer Gesundheitsprobleme Hilfe suchten. Zu beachten gilt, dass während der Studiendurchführung das „Friedländer Modell“ zur Früherkennung posttraumatischer Belastungsstörungen durch den Sozialdienst eingeführt wurde (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2019: 5-6). Mitarbeiter sind besonders im Hinblick auf Symptome geschult. Berichten Klienten von entspre-

chenden Symptomen, werden sie zur Institutsambulanz des Asklepios Fachklinikums Göttingen für drei diagnostische Gespräche vorgestellt, in denen Empfehlungen zur weiteren Behandlung ausgesprochen werden.

Gleichzeitig ist bekannt, dass geflüchtete Patienten häufig medizinische Hilfe aufgrund unspezifischer Beschwerden aufsuchen, wobei diese häufig Ausdruck einer somatoformen Verschiebung sein können (Rohlof et al. 2014). Mutmaßliche somatoforme Symptome (z. B. Kopfschmerzen, Schwindel, Bauchschmerzen) lagen bei 10,9% (n = 231) Patienten in der untersuchten Kohorte vor. Diese wiesen mit 3,9 Arztkontakten eine deutlich höhere Inanspruchnahme auf als Patienten ohne somatoforme Symptome (2,0). Auch die Zahl der Facharztkontakte war bei dieser Patientengruppe mit durchschnittlich 0,7 Vorstellungen erhöht. Deutlich wird dies auch in der Betrachtung der Subgruppe mit den häufigsten Arztkontakten: Bei ihnen wurden signifikant mehr somatoforme Symptome diagnostiziert. Auch in der Regressionsanalyse zeigte sich, dass das Vorliegen eines somatoformen Symptoms im Durchschnitt mit 0,9 zusätzlichen Arztvorstellungen einherging. Nur 8,7% der Patienten mit somatoformen Symptomen erhielten auch eine Diagnose aus der Kategorie der Psychischen und Verhaltensstörungen. Es lässt sich konstatieren, dass ein Großteil dieser Patienten keine weitergehende psychosomatische Diagnostik erhalten hat und möglicherweise hintergründig bestehende behandlungsbedürftige psychische oder psychiatrische Erkrankungen nicht erkannt werden konnten. Eine bessere Fokussierung auf diese Patientengruppe, z. B. im Rahmen des o. g. „Friedländer Modells“ könnte möglicherweise unnötige medizinische Behandlungen (inkl. Verschreibungen) reduzieren und den Betroffenen adäquatere medizinische Versorgung zuteilwerden lassen. Eine kürzlich veröffentlichte Studie über Prävalenzen psychiatrischer und somatoformer Störungen in einer Leipziger Erstaufnahmeeinrichtung zeigt, dass bei 31% der untersuchten Personen somatoforme Symptome vorlagen (Nesterko et al. 2019). In der untersuchten Kohorte suchten hingegen lediglich 4,5% der Einwohner mit somatoformen Symptomen ärztliche Hilfe. Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass die Leipziger Stichprobe große Unterschiede zur untersuchten Friedländer Kohorte im Hinblick auf Herkunftsländer (größte Gruppen stammten aus Kamerun und Venezuela) aufwies und die Prävalenz sich auf die volljährige Bevölkerung bezieht. Trotz allem könnte die große Differenz darauf hinweisen, dass ein erheblicher Teil der Patienten mit somatoformen Symptomen keine ärztliche Hilfe aufsucht.

Eine oder mehrere chronische Erkrankungen lagen bei 506 Patienten vor (24%). Diese Patienten suchten durchschnittlich 3,3-mal ärztliche Hilfe auf und damit signifikant häufiger als der Durchschnitt aller Patienten. In der Subgruppe der Patienten mit den meisten Arztkontakten waren Patienten mit chronischen Symptomen mehr als doppelt so häufig vertreten als erwartet. Bei der Regressionsanalyse zeigte sich jedoch im Verhältnis zu anderen Faktoren kein signifikanter Einfluss auf Arztkontakthäufigkeiten. Dies mag daran liegen, dass hier ebenfalls Kollinearitätseffekte mit bestimmten

ICD-Gruppen wie etwa Neubildungen, psychischen Erkrankungen u. v. m. bestehen und diese durch die jeweiligen Gruppen besser abgebildet werden als durch die Variable der chronischen Erkrankungen.

Die Einnahme von Analgetika, Antibiotika, systemisch wirksamen Antibiotika, auf das Nervensystem wirksame Medikamente, Antidepressiva, Anxiolytika, Antipsychotika und Opioide ging durchweg und signifikant mit einer erhöhten durchschnittlichen Anzahl von Arztkontakten einher. Die größte Effektstärke wurde dabei für auf das Nervensystem wirksame Substanzen festgestellt. In den Subgruppen zeigte sich, dass Patienten mit den häufigsten Arztkontakten signifikant häufiger Medikamente aus allen oben genannten Substanzgruppen verschrieben wurden. In der Regressionsanalyse konnte der signifikante Einfluss von Antibiotika- und Antipsychotikaverschreibungen auf die Anzahl der Arztkontakte bestätigt werden. Der Einfluss der Verschreibungen bestimmter Medikamente auf die Vorstellungshäufung von Migranten oder Geflüchteten wurde bisher noch nicht eingehend untersucht. Jedoch könnte dies im Hinblick auf die wahrscheinlich vermehrte Verschreibung von Antibiotika (Kahl und Kühlein 2018) sowie eine wahrscheinlich erhöhte Prävalenz psychiatrischer und psychischer Erkrankungen (Fazel et al. 2005) eine erhebliche Relevanz besitzen.

4.1.4.6 Verständigung

Die Befragung der behandelnden Ärzte zur eingeschätzten Kommunikationsqualität nach jeder Behandlung zeigte, dass das Verstehen der Patienten Anliegen sehr häufig „voll und ganz“ (68,6%) oder „weitgehend“ (16,6%) gelang. Die Verstehenskompetenz der Patienten wurde nahezu ebenso positiv eingeschätzt (68,3% und 16,1%). Entsprechend konnte weder in der unmittelbaren teststatistischen Analyse noch im Rahmen der Regressionsanalyse ein Einfluss der eingeschätzten Verständigungsqualität auf Arztkontakthäufungen festgestellt werden.

In der Literatur ist beschrieben, dass Ärzte ihr eigenes Verstehen in Konsultationen mit fremdsprachigen Patienten und die Verstehenskompetenz ihrer Patienten häufig überschätzen. In einer Studie von van Rosse et al. (2016) war die Einschätzung der eigenen Sprachkompetenz von Patienten (patient's assessment) häufig konkordant mit der zugeschriebenen Sprachkompetenz durch Ärzte (sog. provider assessment), wobei Patienten, die sich selbst moderate oder wenig / kaum Sprachkenntnisse zuschrieben, deutlich überschätzt wurden. Dies wurde ebenfalls in zahlreichen älteren Studien und Fallberichten geschildert (Stevens 1993; Holden und Serrano 1989). Darauf deutet auch das in der Literatur beschriebene „Getting-By-Phänomen“ hin (Würth et al. 2018; Hsieh 2015; Diamond et al. 2009), bei dem Ärzte, obwohl sie einfachen Zugang zu Übersetzern hatten, auf die Begleitung der Konsultation durch Dolmetscher verzichteten. Die Autoren beschrieben, dass Ärzte nach ihrer subjektiven Einschätzung der Sprachkompetenz ihrer Patienten (antizipierte „Körpersprache“ oder „wie Patienten auf Fragen antworteten“), darüber entschieden, ob ein Dolmetscher vonnöten war. Sie wurden zudem kaum eingesetzt, wenn Ärzte der Meinung waren, die medizinischen Anliegen seien

eher „banalerer Natur“ und daher die Kommunikation weniger wichtig. Ferner können Befürchtungen, Konsultationen und Gespräche nicht mehr kontrollieren zu können eine Rolle spielen (Granhaugen Jungner et al. 2018). Letztlich verstärkt sich hier das Bild, dass der Arzt in Situationen des wechselseitigen Nichtverstehens eine Machtposition innehat (und das paternalistische Arzt-Patienten-Verhältnis reaktualisiert), durch die sich eine Deutungshoheit (z. B. über die Sprachkompetenz des Patienten) zuungunsten des Patienten manifestiert. Ein Ausweg könnte sein, Patienten selbst über die Einschätzung der Kommunikation zu befragen oder das wechselseitige Verstehen mit einem aufeinander abgestimmten Fragebogen zu erfassen (Harmsen et al. 2005).

Die unterschiedliche Verteilung der Einschätzung im Hinblick auf die Wochentage deutet daraufhin, dass die Einschätzungen möglicherweise auch von der Berufserfahrung oder von der Persönlichkeitsstruktur des jeweiligen Arztes abhängig sind. Qualitative Forschungsansätze könnten hier weitere Erkenntnisse zu Tage fördern.

Wird hingegen bei den Benotungen aus mehreren Konsultationen die jeweils schlechteste Einschätzung herangezogen, so zeigt sich ein geringfügig verändertes Bild: Diese Angaben korrelierten weit aus besser und signifikant mit den Arztkontakthäufigkeiten.

Allerdings konnte kein Einfluss der durch das Pflegepersonal bewerteten Verständigungsqualität während der Medikamentenausgabe festgestellt werden. Eine letztlich abschließende Einschätzung darüber muss deswegen ausbleiben, da Patienten häufig nicht selbst die Medikamente abholten, sondern dies Familienmitglieder oder Bekannte übernahmen, sodass der tatsächliche Rücklauf auswertbarer Fragebögen recht gering war.

Ein ebenfalls signifikanter Zusammenhang konnte zwischen der Anwesenheit einer dolmetschenden Person in der Sprechstunde und der Kontakthäufigkeit verzeichnet werden. Patienten, die mindestens einmal von einem Dolmetscher begleitet wurden, hatten im Durchschnitt einen Arztkontakt *mehr* als der Durchschnitt aller Patienten. In der Regressionsanalyse zeigte sich ebenfalls, dass die Anwesenheit eines Dolmetschers mit etwa 0,5 zusätzlichen Vorstellungen einherging. Auch die Patienten mit den meisten Arztkontakten hatten signifikant häufiger Dolmetscherunterstützungen. Das Fehlen von Sprachmittlern ging dabei mit einer verminderten Wiedervorstellungsrate einher. Es könnte also vermutet werden, dass Patienten in ihrem Erfahrungswissen verankert haben, dass sie sich bei komplizierten gesundheitlichen Anliegen, bei denen mehrere Arzttermine im Verlauf vonnöten sind, bereits selbstständig um Sprachmittlung durch Verwandte oder Freunde bemühen. Andererseits könnte es auch sein, dass sich Patienten ohne Sprachmittlung resigniert abwenden, wenn sie sich in ihren gesundheitlichen Belangen nicht wahrgenommen fühlen. Weitere und auch ergänzende qualitative Untersuchungen in diesem Feld unter Einbeziehung der Patientenperspektive könnten dabei zu einem umfassenderen Bild beitragen.

4.1.5 Einflussfaktoren auf Notfallvorstellungen

Im Gegensatz zu den Einflussfaktoren auf alle Arztkontakte (siehe 4.1.4) bzw. auf Facharztkontakte (siehe 5.1.5) sind Einflussfaktoren auf Notfallvorstellungen deutlich weniger stark ausgeprägt und das Verteilungsmuster über die Individuen recht heterogen. Auffällig erscheint, dass die Wahrscheinlichkeit für Notfallkontakte in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen am höchsten war. Das Alter zeigte insgesamt keine signifikante Korrelation mit der Häufigkeit von Notfallvorstellungen und auch das Geschlecht war in der Gruppe gleich verteilt. Ebenso zeigte sich, dass der rechtliche Status auf Notfallvorstellungen keinen Einfluss hatte. Einen signifikanten, wenn auch in der Effektstärke geringen, Einfluss zeigte sich für die Herkunftsregionen Asien und GUS: Patienten aus diesen Regionen zeigten erhöhte Anzahlen an Notfallvorstellungen (\emptyset 0,75 bzw. \emptyset 0,13). Patienten aus dem Nahen Osten hatten hingegen signifikant seltener Notfallvorstellungen. Im Hinblick auf vergebene Diagnosen zeigte sich, dass Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (\emptyset 0,36), Verletzungen (\emptyset 0,17) sowie Psychische und Verhaltensstörungen (\emptyset 0,16) signifikant häufiger notfallmedizinische Behandlungen wahrnahmen als Patienten ohne diese Störungen. Signifikante Einflüsse chronischer Erkrankungen, somatoformer Symptome, dem Vorliegen von Hypertonie oder Diabetes auf notfallmedizinische Vorstellungen ließen sich nicht nachweisen. Auffällig war, dass die Verordnung von Medikamenten einen Einfluss hatte: Patienten, denen Anxiolytika (\emptyset 0,24), Antipsychotika (\emptyset 0,29) oder Opioide (\emptyset 0,50) verschrieben wurden, hatten signifikant häufiger Notfallbehandlungen. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass nicht in die Berechnung eingeflossen ist, ob die Medikamente vor oder nach der notfallmäßigen Einweisung verschrieben wurden, sodass das Herstellen einseitiger kausaler Zusammenhänge schwerfällt. Die Begleitung durch Laiendolmetscher in der Sprechstunde hatte ebenso wie die eingeschätzte Verständigung keinen Effekt auf notfallmäßige Vorstellungen. Diese Ergebnisse verfestigen das Bild, dass Schwangere und Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen (und entsprechender medikamentöser Behandlung) nicht nur insgesamt, sondern auch im Hinblick auf notfallmedizinische Behandlungen eine besonders vulnerable Gruppe darstellen (vgl. auch Dopfer et al. 2018). Möglicherweise könnten zukünftig zu entwickelnde niedrigschwellige Versorgungsangebote für diese Gruppen unnötige notfallmedizinische Behandlungen verhindern.

4.1.6 Einflussfaktoren auf Facharztvorstellungen

Facharztvorstellungen waren am häufigsten in der Altersgruppe der 20- bis 29-jährigen Patienten mit durchschnittlich 0,67 Facharztkontakten. Höheres Lebensalter korrelierte signifikant mit mehr Facharztkontakten, jedoch war die Effektstärke sehr gering. Weibliche Patienten hatten signifikant mehr Facharztkontakte als männliche, wobei auch hier die Effektstärke gering ausgeprägt war. Eine middle-

re Effektstärke zeigte sich hingegen im Einfluss des rechtlichen Status auf Facharztkontakte: Diese fanden sich deutlich häufiger bei Asylsuchenden als bei Resettlement-Geflüchteten (\emptyset 0,54 vs. \emptyset 0,07). Dies könnte darin begründet sein, dass Resettlement-Geflüchtete darum wissen, dass sie nur wenige Tage im GDL verbleiben und daher möglicherweise versuchen, fachärztliche Behandlungen für jenen Zeitraum zu terminieren, in dem sie ihren endgültigen Aufenthaltsort in Deutschland erreicht haben.

Patienten aus Afrika, der GUS, Asien und des Mittleren Ostens hatten signifikant häufiger Facharztkontakte als Patienten aus anderen Herkunftsregionen. Patienten aus dem Nahen Osten stellten sich seltener vor – dies mag ebenfalls darin begründet sein, dass der allergrößte Anteil der Resettlement-Geflüchteten aus dieser Region stammte.

Wird der Einfluss spezifischer Diagnosen betrachtet, so zeigen sich konkordant zu den oben beschriebenen Befunden signifikant erhöhte Facharztkontaktraten bei Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (\emptyset 1,92) sowie Psychische und Verhaltensstörungen (\emptyset 1,24). Signifikante Häufungen zeigten sich ferner bei Krankheiten des Urogenitalsystems, Krankheiten des Verdauungssystems, Krankheiten des Atmungssystems, Krankheiten des Nervensystems, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, Neubildungen und Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten, jedoch mit geringerer Effektstärke. Im Hinblick auf die Effektstärke ist ebenfalls die Bedeutung von „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“ erwähnenswert, die mit durchschnittlich 0,9 Facharztkontakten einhergingen. Unter diesen Krankheitsentitäten finden sich etwa Konsultationen aufgrund von Wundkontrollen, Schwangerschaften als Nebentatbestand oder Beratungsanlässe aus dem Feld der Zahnheilkunde. Da diese Krankheitsentitäten typischerweise fachärztlich behandelt werden, erscheint eine erhöhte fachärztliche Kontaktrate nicht verwunderlich. Patienten, die somatoforme Symptome aufwiesen, hatten ebenfalls signifikant erhöhte Vorstellungsraten bei Fachärzten (\emptyset 0,71), wobei durch die Studie nicht nachvollzogen werden konnte, ob die Vorstellungen bei Psychiatern und Psychotherapeuten erfolgten. Entsprechend zeigte sich ebenfalls ein Einfluss auf fachärztliche Vorstellungsraten, wenn die Verordnung von auf das Nervensystem wirksamen Medikamenten (\emptyset 0,58), Antidepressiva (\emptyset 1,30), Anxiolytika (\emptyset 1,17) und Antipsychotika (\emptyset 1,95) betrachtet wurde. Ebenfalls war die Kontaktrate für Fachärzte signifikant erhöht, wenn Analgetika (\emptyset 0,45), Antibiotika (\emptyset 0,45) oder Opioide (\emptyset 1,21) verschrieben wurden. Die von Ärzten bewertete Verständigungsqualität hatte hingegen keinen Einfluss auf die Anzahl von Facharztkontakten, hingegen wiesen Patienten mit Dolmetscherunterstützung eine etwas höhere, aber signifikante, Facharztkontaktrate auf (\emptyset 0,56 vs. \emptyset 0,35). Auch hier bleiben mögliche Ursachen spekulativ. Dies könnte etwa damit zu tun haben, dass Patienten mit komplizierten Erkrankungen oder Symptomen wissen, dass sie sich unbedingt verständlich machen müssen und sich daher recht-

zeitig um Sprachmittlung bemühen. Möglicherweise könnten hier auch Sozialarbeiter moderierend Einfluss nehmen, die bei „facharztwürdigen“ Erkrankungen ggf. Dolmetscher vermitteln. Wenn jedoch tatsächlich die Anwesenheit eines Dolmetschers darüber entscheiden sollte, ob Erkrankungen erkannt und fachärztlicher Behandlung zugewiesen werden, würde dies eine deutliche Ungleichheit in der adäquaten Versorgung von geflüchteten Menschen bedeuten.

4.2 Stärken und Limitationen der Studie

Stärken dieser Studie sind die große Anzahl eingeschlossener Patienten und der Vollerhebungscharakter, da dies eine hohe Repräsentativität gewährleistet. Aufgrund der steuernden Funktion der Krankenstation in Friedland konnten alle Arztkontakte gezählt werden. Eine weitere Stärke liegt in der Erhebungsqualität, etwa im Hinblick auf soziodemografische Daten (Geschlecht, Herkunft, Alter) sowie Krankheitsdaten (Diagnosen, verordnete Medikamente). Durch die Betrachtung eines Zeitraums von einem vollen Jahr konnten jahreszeitliche Verzerrungen z. B. „Grippemomente“ ausgeschlossen werden.

Als Schwächen können hingegen angeführt werden, dass nur sehr wenige Informationen zu Personen vorgelegen haben, die sich nicht als Patienten in der Sprechstunde vorstellten. So fehlen, bis auf die Anzahl der Anwesenden zu jedem Untersuchungstag und deren rechtlicher Status, weitergehende demografische Daten, etwa zu Herkunft, Alter, Geschlecht etc. Leider konnten diese Daten nicht durch die Landesaufnahmebehörde zur Verfügung gestellt werden.

Die erhobenen Daten wurden zudem ursprünglich nicht für die Auswertungsfrage im Rahmen eines prospektiven Studiendesigns erhoben, sondern um die Entwicklung, Implementation und Evaluation der digitalen Kommunikationshilfe zu ermöglichen (Furaijat et al. 2019; Müller et al. 2019). Es ist daher etwa denkbar, dass im Rahmen der durch die Ärzte vorgenommenen Beantwortung der Fragebögen eine Verzerrung stattfand, da mit der Beantwortung indirekt auch eine Einschätzung über die Nutzbarkeit des eingeführten Tools erfolgte. Die direkten Einflüsse des Tools wurden hingegen versucht zu eliminieren, indem Patienten, die das Tool nutzten, von der Auswertung ausgeschlossen wurden.

Eine weitere Limitation, die diese Studie wie auch viele andere Studien im allgemeinmedizinischen Setting betreffen, ist das häufige kodieren unspezifischer Diagnosen oder Symptome (z. B. „Fieber“) und die Tatsache, dass Diagnosen meist nicht durch weitere Tests verifiziert werden. Dies ist für das allgemeinmedizinische Arbeiten unproblematisch, da Patienten bei Beschwerdepersistenz oder -verschlechterungen den Arzt wieder aufsuchen und außerdem ein Großteil der Erkrankungen selbstlimitierend sind und eine genauere Diagnostik (z. B. welcher Rhinovirus die Rhinitis verursacht) meist

keinen Einfluss auf therapeutische Entscheidungen hat. Entsprechend sollten in diesem Setting vergebene Diagnosen eher als Indikator für Versorgungsbedarfe gesehen werden denn als empirisch gesicherte Krankheiten. Zudem erscheint für manche Beratungsanlässe, etwa im Hinblick auf Medikamentenberatungen oder soziale Beratungsanlässe, scheint der ICD-10 wenig differenziert. Eine bessere Alternative bietet die Kodierung in der weniger verbreiteten International Classification of Primary Care (ICPC-2). Hierfür müssten jedoch beteiligte Ärzte im Hinblick auf die Dokumentation geschult werden, da Kodierungen hier umfangreicher und teilweise auch mehraxial vorgenommen werden müssen (WONCA 2001). Limitierend könnte zudem sein, dass lediglich die Unterlagen der allgemeinmedizinischen Behandlungen für die Kodierung von Diagnosen herangezogen wurden. Entsprechend konnten etwa Diagnosen von anderen Facharztbehandlungen oder notfallmäßige Krankenhausbehandlungen nur dann kodiert werden, wenn der behandelnde Allgemeinarzt diese später in seinen Aufzeichnungen vermerkte.

Eine weitere Limitation liegt darin, dass Einflüsse auf Wiedervorstellungen auch in der Person der behandelnden Ärzte liegen könnten. Die Anzahl der behandelnden Ärzte war mit $n = 10$ relativ gering. Auch können sich Verzerrungen aufgrund spezifischer lokaler Strukturen im GDL ergeben (etwa durch die Rolle des Sozialdienstes und seine Aufgaben im „Friedländer Modell“ (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2019: 5-6)), die die Übertragbarkeit der Ergebnisse erschweren. Es bestand zwar die Möglichkeit, Daten aus weiteren Erstaufnahmeeinrichtungen zu akquirieren (etwa die von Wetzke et al. 2018 ausgewerteten Daten), diese zeigten sich aber im Hinblick auf die Datenqualität (fehlende Diagnosen, kürzere Zeiträume, keine Unterscheidung von pflegerischen oder ärztlichen Kontakten) als nicht vergleichbar.

Ein weiterer möglicher verzerrender Effekt liegt darin, dass Patientengruppen unterschiedlich lange in Friedland unterkamen und somit etwa Konsultationshäufungen unterschätzt werden könnten. Jedoch zeigte sich ebenfalls bei Wetzke et al. (2018), dass Patienten überwiegend innerhalb der ersten beiden Wochen ihres Aufenthaltes medizinische Hilfe in Anspruch nahmen — dieser Zeitraum wurde zu jeder betrachteten Person erfasst. In einer Studie, die Bedarfe von Resettlement- Geflüchteten und Asylsuchenden vergleicht, wurde als Ausgleich ein Gewichtungsfaktor eingeführt, wodurch sich jedoch keine Veränderungen der Ergebnisse einstellten (Kleinert et al. 2019).

Zuletzt muss einschränkend konstatiert werden, dass lediglich die Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen in einer spezifischen, kurz andauernden und durch ganz besondere Aspekte der Erstaufnahmesituation (z. B. Gruppenunterkünfte) geprägten Situation betrachtet wurde. Die gezeigten Ergebnisse haben damit nur eine Aussagekraft für kürzlich nach Deutschland gekommene Geflüchtete. Eine Verallgemeinerung der Erkenntnisse über Vorstellungshäufungen über diesen Zeitraum hinaus, also nachdem Patienten etwa in Kommunen verteilt wurden, ist daher nicht zulässig — gleichzei-

tig besteht hier eine Lücke in der wissenschaftlichen Betrachtung (Frank et al. 2017; Razum et al. 2016).

4.3 Ausblick

Im Vergleich zu anderen Erstaufnahmeeinrichtungen in Deutschland und Europa zeigten sich im GDL die höchsten Arztkontaktraten. Ein gewichtiger Grund könnte darin liegen, dass regulär keine professionelle Sprachmittlung während der Sprechstunde stattfindet. Zwar wurde festgestellt, dass Patienten mit Dolmetscherunterstützung häufiger Arztkontakte hatten, jedoch erscheint gerade im Hinblick auf die häufigen Arztkontakte schwangerer Patientinnen im Rahmen der Schwangerschaftsvor- und -nachsorge, von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen und insbesondere von Patienten mit eher somatoformen Krankheitsbildern eine sichere Kommunikation zum Aufbau einer empathischen Arzt-Patienten-Beziehung sinnvoll. Dies könnte längerfristig mit weniger, möglicherweise unnötigen Inanspruchnahmen einhergehen. Gerade für diese Patienten könnten sozialmedizinische Unterstützungsangebote (wie bereits teilweise durch den Sozialdienst implementiert) sowie alternative Patientensteuerungsinstrumente (etwa bei Zahnschmerzen) entwickelt werden. Möglicherweise kann ebenfalls die im Rahmen der DICTUM-Studie entwickelte digitale Kommunikationshilfe einen Beitrag dazu leisten. Dies könnte langfristig zu einer effektiveren und bedarfsgerechteren Versorgungssituation führen.

5. Zusammenfassung

Hintergrund

Geflüchtete Patienten stellen eine in vielerlei Hinsicht vulnerable Patientengruppe dar. Die adäquate medizinische Versorgung geflüchteter Patienten in Deutschland stellt Gesundheitssystemstrukturen genauso wie medizinisch Tätige vor große Herausforderungen. Anekdotisch wurde in diesem Zusammenhang von übermäßigen Wiedervorstellungen von Patienten im Rahmen allgemeinmedizinischer Betreuung in Erstaufnahmesituationen berichtet. Dies kann auf eine Fehlversorgung hindeuten.

Fragestellung

In der vorliegenden Dissertation wurde untersucht, wie häufig vor kurzem nach Deutschland gekommene Geflüchtete (allgemein)medizinische Sprechstunden aufsuchen und welchen Einfluss demografische Faktoren, Verständigungsqualität, Medikamentenverschreibungen und das Vorliegen bestimmter Erkrankungen auf die Vorstellungsraten haben.

Methoden

Für die Untersuchung wurden soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Herkunftsland, rechtlicher Status) sowie Einschätzungen der Behandler über die Verständigung mit den Patienten einer Geflüchtetenkohorte, die zwischen August 2017 und August 2018 im Grenzdurchgangslager in Friedland untergebracht war, erhoben. Daneben erfolgte eine retrospektive Datenextraktion aus Behandlungsunterlagen (Diagnosen, Verschreibungen). Die quantitativ vorliegenden Daten wurden anschließend statistisch ausgewertet. Dazu erfolgte zunächst eine deskriptive Beschreibung und teststatistische Analyse einzelner Faktoren hinsichtlich gehäufte Wiedervorstellungen. Anschließend wurde eine Subgruppenanalyse von Patienten mit den häufigsten Behandlungskontakten durchgeführt. Zuletzt wurde eine lineare Regressionsanalyse unter Betrachtung mehrerer möglicher Einflussfaktoren auf die Vorstellungszahl berechnet. Als teststatistische Verfahren wurden Mann-Whitney-U-Test, Chi-Quadrat-Test bzw. Fisher's Exact Test, Rangkorrelation nach Spearman sowie lineare Regressionsanalysen angewendet. Effektstärken wurden dabei nach Cohen beziffert.

Ergebnisse

2.111 Patienten aus 5.133 Bewohnern des GDL wurden im Rahmen dieser Studie ausgewertet. Im Studienzeitraum wurden insgesamt 3.811 Vorstellungen zur allgemeinmedizinischen Sprechstunde, 136 notfallmäßige Krankenhausbehandlungen und 712 Facharztvorstellungen gezählt. Das Geschlechterverhältnis in der Kohorte war ausgeglichen, Patienten waren im Durchschnitt 26 Jahre alt. Hauptherkunftsländer waren Syrien, Irak, Georgien und Afghanistan. Diese 5.133 Bewohner hatten durchschnittlich 12,3 jährliche Arztkontakte, 0,44 jährliche Notfallbehandlungen in Krankenhäusern und 2,30 Facharztbehandlungen. Die meisten Arztkontakte wurden in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen gezählt (\emptyset 2,7). Es wurden zahlreiche Einflussfaktoren auf wiederholte Vorstellungen

gefunden: Die meisten Arztkontakte hatten Patienten mit Diagnosen aus dem ICD-Kapitel O (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) mit durchschnittlich 5,7 Vorstellungen (n = 25 Patienten) gefolgt von D50-D90 (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe) mit 5,5 durchschnittlichen Vorstellungen (n = 24 Patienten), C00-D48 (Neubildungen) mit 5,2 Vorstellungen (n = 20 Patienten) und F (Psychische und Verhaltensstörungen) mit durchschnittlich 5,1 Vorstellungen (n = 108 Patienten). Auffällig war, dass asylsuchende Patienten deutlich mehr ärztliche Behandlungen aufwiesen als Resettlement-Geflüchtete (\bar{x} 2,8 vs. \bar{x} 1,3) und Frauen etwas mehr Arztkontakte hatten als Männer (\bar{x} 2,3 vs. \bar{x} 2,1). Wurden Patienten aufgrund unspezifischer körperlicher Symptome, mutmaßlich vor dem Hintergrund einer somatoformen Verschiebung, behandelt (10,9% aller Patienten, n = 231), ging dies ebenfalls mit einer Erhöhung der Arztkontakte einher (\bar{x} 3,9 vs. \bar{x} 2,0). Ebenfalls hohe Wiedervorstellungsraten zeigten Patienten, denen Antidepressiva (\bar{x} 5,4, n = 80), Anxiolytika (\bar{x} 5,7, n = 54), Antipsychotika (\bar{x} 6,6, n = 38) oder Opioide (\bar{x} 8,9, n = 14) verschrieben wurden. Aber auch die 720 Patienten, die Analgetika erhielten, wurden mit \bar{x} 3,0 Vorstellungen häufiger von Ärzten behandelt. Auffällig war ferner, dass die Patienten aus der GUS und Europa überproportional mehr Arztkontakte hatten. In der Subgruppe der Patienten mit sechs oder mehr Arztkontakten stammten die meisten aus Georgien (n = 28), Irak (n = 19), der Republik Moldau (n = 16) und Afghanistan (n = 15), wobei die in der Gesamtkohorte größte Patientengruppe aus Syrien in dieser Subgruppe stark unterrepräsentiert war. Für die durch die Ärzte eingeschätzte Verständigungsqualität konnten keine signifikanten Einflüsse auf Vorstellungshäufungen gefunden werden, jedoch war die Anwesenheit eines Laiendolmetschers mit einer signifikanten Erhöhung der Arztkontaktfrequenz (\bar{x} 3,4 Kontakte) verbunden.

Diskussion

Im Vergleich zu wissenschaftlichen Arbeiten über andere Erstaufnahmeeinrichtungen in Deutschland und Europa zeigte sich im GDL die höchste Arztkontakttrate. Ein gewichtiger Grund könnte darin liegen, dass regulär keine professionelle Sprachmittlung während der Sprechstunde stattfindet. Zwar wurde in der vorliegenden Studie festgestellt, dass Patienten mit Dolmetscherunterstützungen mehr Arztkontakte hatten als Patienten ohne Dolmetscherunterstützung, jedoch könnte gerade im Hinblick auf die häufigen Arztkontakte schwangerer Patientinnen im Rahmen der Schwangerschaftsvor- und -nachsorge sowie von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen und insbesondere Patienten mit eher somatoformen Krankheitsbildern eine sichere Kommunikation zum Aufbau einer empathischen Arzt-Patienten-Beziehung sinnvoll sein, und längerfristig mit weniger (unnötigen) Behandlungskontakten einhergehen. Ferner könnten sozialmedizinische Unterstützungsangebote (wie bereits teilweise durch den Sozialdienst implementiert) sowie alternative Patientensteuerungsinstrumente (etwa bei Zahnschmerzen) möglicherweise zu einer effektiveren und bedarfsgerechten Versorgungssituation führen. Die neue EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33, auf deren Grundlage gegen die deutsche Regie-

rung durch die EU-Kommission ein Vertragsverletzungsverfahren eingeleitet wurde, könnte mittelfristig den vielfach kritisierten nationalrechtlichen Rahmen nachhaltig verändern, und so neue Versorgungsangebote möglich machen.

6. Anhang

Tabelle A-1: Diagnosehäufigkeiten in der Kohorte

Diagnose (Text gem. ICD-10)	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Husten	271	5,0	5,0
Halsschmerzen	221	4,1	9,1
Schnupfen	192	3,6	12,7
Fieber	188	3,5	16,2
Hypertonie	149	2,8	18,9
Kopfschmerzen	139	2,6	21,5
Akute Bronchitis	132	2,4	23,9
Angina tonsillaris	124	2,3	26,2
Zahnschmerzen	114	2,1	28,3
Schwangerschaft	100	1,9	30,2
Depression	81	1,5	31,7
Schlafstörung	77	1,4	33,1
Grippale Atemwegsinfektion	75	1,4	34,5
Rückenschmerzen	63	1,2	35,7
Gastritis	60	1,1	36,8
Juckreiz	54	1,0	37,8
Posttraumatische Belastungsstörung	54	1,0	38,8
Bauchschmerzen	53	1,0	39,8
Diabetes mellitus Typ 2 beim Erwachsenen	52	1,0	40,7
Konjunktivitis	48	0,9	41,6
Infekt der oberen Atemwege	46	0,9	42,5
Ekzema	44	0,8	43,3
Unterleibsbeschwerden	42	0,8	44,1
Skabies	39	0,7	44,8
Dermatitis	37	0,7	45,5
Grippaler Infekt	37	0,7	46,2
Obstipation	36	0,7	46,8
Unterbauchschmerzen	36	0,7	47,5
Atemwegsinfektion	35	0,6	48,1
Otitis media	35	0,6	48,8
Ohrenschmerzen	34	0,6	49,4
Koronare Herzkrankheit	33	0,6	50,0
Windeldermatitis	33	0,6	50,6
Cephalaea	31	0,6	51,2
Erbrechen	31	0,6	51,8
Knieschmerzen	31	0,6	52,4
LWS-Syndrom	31	0,6	52,9
Gliederschmerzen	30	0,6	53,5
Schmerzen	29	0,5	54,0
Cephalalgia	27	0,5	54,5
Exanthem	27	0,5	55,0
Rhinitis	27	0,5	55,5

Diagnose (Text gem. ICD-10)	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Beinschmerzen	26	0,5	56,0
Hepatitis C	26	0,5	56,5
Magenschmerzen	26	0,5	57,0
Sehstörung	25	0,5	57,4
Kontrolle von Verbänden und Nähten nach chirurgischem Eingriff	23	0,4	57,9
Harnwegsinfekt a.n.k.	21	0,4	58,3
Helminthose	21	0,4	58,7
Impfung	21	0,4	59,0
Halslymphknotenschwellung	19	0,4	59,4
Übelkeit	19	0,4	59,7
Bronchitis	18	0,3	60,1
Grippale Infektion	18	0,3	60,4
Oberbauchschmerzen	18	0,3	60,7
Schwangerschaftsverdacht	18	0,3	61,1
Schwindel	18	0,3	61,4
Zustand nach Nierentransplantation	18	0,3	61,7
Pemphigus vulgaris	17	0,3	62,1
Wirbelsäulen-Syndrom	17	0,3	62,4
Diarrhoe	16	0,3	62,7
Schulterschmerzen	16	0,3	63,0
Tonsillitis	16	0,3	63,3
Akne mit Narbenbildung	15	0,3	63,5
Durchfall - s.a. Diarrhoe	15	0,3	63,8
Hämorrhoiden	15	0,3	64,1
Hautallergie	15	0,3	64,4
Husten bei grippalem Infekt	14	0,3	64,6
Erkältung	13	0,2	64,9
HWS-Syndrom	13	0,2	65,1
Hypertonus	13	0,2	65,4
Lumboischialgie	13	0,2	65,6
Psoriasis	13	0,2	65,8
Zervixkarzinom	13	0,2	66,1
Zystitis	13	0,2	66,3
Fußschmerzen	12	0,2	66,5
Gonalgie	12	0,2	66,8
Karies, auf den Zahnschmelz begrenzt	12	0,2	67,0
Kariöse Zähne	12	0,2	67,2
Migräne	12	0,2	67,4
Sinusitis frontalis	12	0,2	67,7
Diabetes mellitus beim Erwachsenen	11	0,2	67,9
Epilepsie	11	0,2	68,1
Gonarthritis	11	0,2	68,3
Impfberatung	11	0,2	68,5
Trockene Haut	11	0,2	68,7
Allergie	10	0,2	68,9
Armschmerzen	10	0,2	69,0
Asthma bronchiale	10	0,2	69,2

Diagnose (Text gem. ICD-10)	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Axillaabszess	10	0,2	69,4
Eisenmangelanämie	10	0,2	69,6
Hautausschlag	10	0,2	69,8
Hepatitis B	10	0,2	70,0
Polyarthrose	10	0,2	70,2
Psychische Belastung	10	0,2	70,3
Anämie	9	0,2	70,5
Dysurie	9	0,2	70,7
Harninkontinenz	9	0,2	70,8
Hypothyreose	9	0,2	71,0
Interkostalneuralgie	9	0,2	71,2
Sonstige	1.556	28,8	100
Gesamt	5.398	100,0	100

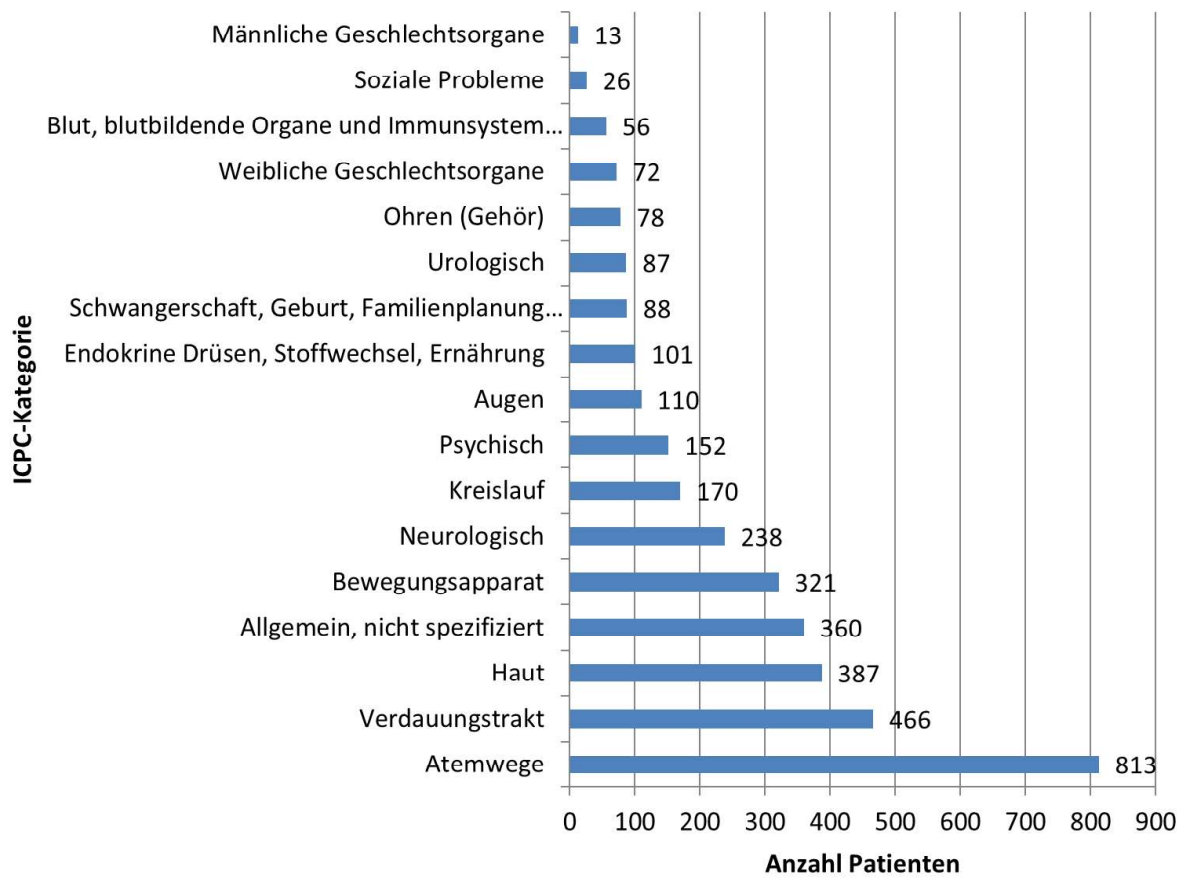


Abbildung A-1: Anzahl der Patienten mit Diagnosen aus den entsprechenden ICD-Kategorien

Tabelle A-2: Häufigkeiten der verordneten Wirkstoffe in der Kohorte

Wirkstoff	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Ibuprofen	836	19,2	19,2
Amoxicillin	295	6,8	25,9
Xylometazolin	283	6,5	32,4
Metamizol-Natrium	264	6,1	38,5
Efeublätter	231	5,3	43,8
Paracetamol	211	4,8	48,6
Pantoprazol	143	3,3	51,9
Mirtazapin	56	1,3	53,2
Omeprazol	52	1,2	54,4
Diclofenac	47	1,1	55,5
Kamillenblüten	46	1,1	56,5
Permethrin	46	1,1	57,6
Triamcinolon	41	0,9	58,5
Gentamicin	40	0,9	59,4
Acetylsalicylsäure	39	0,9	60,3
Hydrocortison	35	0,8	61,1
Metformin	35	0,8	61,9
Amlodipin	34	0,8	62,7
Betamethason	34	0,8	63,5
Cetrimonium	29	0,7	64,2
Clarithromycin	29	0,7	64,8
Flupredniden	29	0,7	65,5
Nystatin	28	0,6	66,1
Desloratadin	27	0,6	66,8
Doxycyclin	27	0,6	67,4
Ciprofloxacin	26	0,6	68,0
Schwangerschaftstest	26	0,6	68,6
Dimenhydrinat	25	0,6	69,1
Ramipril	25	0,6	69,7
Quetiapin	24	0,6	70,3
Ambroxol	23	0,5	70,8
Bromazepam	23	0,5	71,3
Cefuroxim	23	0,5	71,9
Panthenol	23	0,5	72,4
Nystatin und Zinkoxid	22	0,5	72,9
Prednicarbat	22	0,5	73,4
Mebendazol	21	0,5	73,9
Neomycin	21	0,5	74,4
Erythromycin	20	0,5	74,8
Roxithromycin	20	0,5	75,3
Tacrolimus	20	0,5	75,7
Phenoxyethylpenicillin	19	0,4	76,2
Salbutamol	19	0,4	76,6
Bisoprolol	18	0,4	77,0

Wirkstoff	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Eisen(II)sulfat	18	0,4	77,4
Metoclopramid	17	0,4	77,8
Olanzapin	17	0,4	78,2
Prednisolon	17	0,4	78,6
Tramadol	17	0,4	79,0
Ciclopirox	16	0,4	79,4
Dimetinden	16	0,4	79,7
Eisen(II)glycinsulfat	16	0,4	80,1
Dexpanthenol	15	0,3	80,4
Atorvastatin	14	0,3	80,8
Dexamethason	14	0,3	81,1
Simvastatin	14	0,3	81,4
Clotrimazol	13	0,3	81,7
Formoterol	13	0,3	82,0
Levothyroxin-Natrium	13	0,3	82,3
Metoprolol	13	0,3	82,6
Natriumchlorid	13	0,3	82,9
Econazol	12	0,3	83,2
Fusidinsäure	12	0,3	83,4
Natriumfluorid	12	0,3	83,7
Lactulose	11	0,3	84,0
Mometason	11	0,3	84,2
Sertralin	11	0,3	84,5
Clopidogrel	10	0,2	84,7
Enoxaparin	10	0,2	84,9
Heparin	10	0,2	85,2
Hydrocortisonbutyrat	10	0,2	85,4
Promethazin	10	0,2	85,6
Amoxicillin und Clavulansäure	9	0,2	85,8
Colecalciferol	9	0,2	86,0
Fosfomycin	9	0,2	86,2
Hydrochlorothiazid	9	0,2	86,4
Levetiracetam	9	0,2	86,6
Lorazepam	9	0,2	86,9
Vakzine: Masern, Kombinationen mit Mumps und Röteln	9	0,2	87,1
Bisacodyl	8	0,2	87,2
Fluorouracil	8	0,2	87,4
Furosemid	8	0,2	87,6
Metronidazol	8	0,2	87,8
Prednison	8	0,2	88,0
Pregabalin	8	0,2	88,2
Sulfamethoxazol und Trimethoprim	8	0,2	88,3
Aciclovir	7	0,2	88,5
Cetirizin	7	0,2	88,7
Doxepin	7	0,2	88,8
Propranolol	7	0,2	89,0
Sitagliptin	7	0,2	89,1

Wirkstoff	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Sulfamerazin und Trimethoprim	7	0,2	89,3
Tilidin und Naloxon	7	0,2	89,5
Captopril	6	0,1	89,6
Dexamethason und Antiinfektiva	6	0,1	89,7
Escitalopram	6	0,1	89,9
Esomeprazol	6	0,1	90,0
Glycerol	6	0,1	90,2
Nifedipin	6	0,1	90,3
Risperidon	6	0,1	90,4
Sonstige	422	10	100,0
Gesamt	4359	100,0	100,0

Tabelle A-3: Herkunftsregion als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten

Herkunftsregion		Arztkontakte	Notfallbehandlungen	Facharztbehandlungen	n (%)
Europa	r	0,18**	0,01	0,10**	65
	p	<0,001	0,635	<0,001	(3,1%)
Afrika	r	0,13**	0,02	0,15**	177
	p	<0,001	0,489	<0,001	(8,4%)
Asien	r	0,042	0,08**	0,05**	4
	p	0,055	<0,001	0,014	(0,2%)
GUS	r	0,15**	0,08**	0,11**	246
	p	<0,001	<0,001	<0,001	(11,7%)
Mittlerer Osten	r	0,12**	0,03	0,09**	241
	p	<0,001	0,875	<0,001	(11,4%)
Nahe Osten	r	0,28**	0,05*	0,26**	1.146
	p	<0,001	0,013	<0,001	(54,3%)
Südamerika	r	0,01	0,03	0,06*	24
	p	0,557	0,215	0,009	(1,1%)
Nordafrika	r	0,05*	0,00	0,040	65
	p	0,039	0,932	0,065	(3,1%)
Unbekannt / Ungeklärt	r	0,02	0,00	0,008	142
	p	0,346	0,797	0,715	(6,8%)

Mann-Whitney-U-Test

(** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$; $n = 2.111$)

Tabelle A-4: Diagnosen als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten – Deskription

Diagnose nach ICD-10-Kapitel	Arztkontakte			Notfallbehandlungen			Facharztbehandlungen		
	Ø	SD	Bereich	Ø	SD	Bereich	Ø	SD	Bereich
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	4,084,82		1-44	0,12	0,37	0-2	,63	1,33	0-9
C00-D48 Neubildungen	5,253,93		1-14	0,10	0,31	0-1	1,10	1,25	0-4
D50-D90 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	5,544,88		1-18	0,13	0,34	0-1	1,50	2,11	0-8
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2,712,68		1-19	0,05	0,27	0-2	,30	1,18	0-8
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	5,104,49		1-30	0,16	0,41	0-2	1,24	1,64	0-7
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	4,744,77		1-30	0,13	0,41	0-2	,98	1,55	0-7
H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augen-anhangsgebilde	3,052,78		1-16	0,06	0,25	0-1	,45	1,06	0-6
H60-H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	2,041,72		1-8	0,01	0,11	0-1	,23	,66	0-3
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	3,484,70		1-44	0,12	0,37	0-2	,35	1,14	0-9
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	2,232,14		1-17	0,04	0,20	0-1	,20	,63	0-5
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	3,864,18		1-44	0,10	0,32	0-2	,75	1,35	0-9
L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	3,324,09		1-44	0,05	0,25	0-2	,49	1,23	0-9
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	3,313,82		1-44	0,06	0,27	0-2	,46	1,13	0-9
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	3,653,11		1-17	0,07	0,29	0-2	,78	1,28	0-8
O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	5,684,08		1-14	0,36	0,70	0-2	1,92	2,34	0-8
P00-P96 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	2,502,12		1-4	0,00	0,00	0	1,00	1,41	0-2
Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	4,082,02		1-7	0,08	0,29	0-1	,42	,51	0-1
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	2,863,16		1-44	0,07	0,28	0-2	,42	1,06	0-9
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	3,373,39		1-19	0,17	0,40	0-2	,58	1,29	0-7
Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	4,084,42		1-44	0,09	0,30	0-2	,91	1,35	0-9

Tabelle A-5: Diagnosen als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten – Teststatistik

Diagnose nach ICD-10-Kapitel		Arztkontakte	Notfall- behandlungen	Facharzt- behandlungen	n (in %)
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	r	0,20**	0,05*	0,08**	189
	p	<0,001	0,012	<0,001	9,0%
	U	113393,5	173387,5	161874,0	
C00-D48 Neubildungen	r	0,10**	0,02	0,10**	20
	p	<0,001	0,450	<0,001	0,9%
	U	9652,5	20069,0	12180,0	
D50-D90 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	r	0,12**	0,03	0,10**	24
	p	<0,001	0,178	<0,001	1,1%
	U	10679,5	23404,5	15520,0	
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	r	0,07**	0,01	0,04	91
	p	0,001	0,529	0,06	4,3%
	U	74337,0	90442,0	84360,5	
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	r	0,25**	0,08**	0,19**	108
	p	<0,001	<0,001	<0,001	5,1%
	U	44612,0	99082,5	70280,5	
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	r	0,17**	0,05*	0,14**	113
	p	<0,001	0,028	<0,001	5,4%
	U	67804,0	107211,0	84556,0	
H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	r	0,09**	0,00	0,02	110
	p	<0,001	0,868	0,384	5,2%
	U	85412,5	109631,5	106274,5	
H60-H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	r	0,01	0,04	0,03	78
	p	0,736	0,075	0,130	3,7%
	U	77672,0	75423,5	73702,0	
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	r	0,11**	0,06*	0,03	138
	p	<0,001	0,011	0,130	6,5%
	U	105259,0	128947,5	128810,5	
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	r	0,02	0,05*	0,13**	637
	p	0,355	0,015	<0,001	30,2%
	U	458679,5	456651,0	417217,5	
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	r	0,24**	0,05*	0,16**	244
	p	<0,001	0,032	<0,001	11,6%
	U	136900,5	219909,0	180758,5	
L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	r	0,17**	0,03	0,03	257
	p	<0,001	0,139	0,133	12,2%
	U	174087,0	232679,0	228631,0	
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	r	0,18**	0,01	0,04	297
	p	<0,001	0,657	0,104	14,1%
	U	195234,0	267602,0	258325,0	
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	r	0,18**	0,01	0,15**	116
	p	<0,001	0,967	<0,001	5,5%
	U	69120,0	115601,5	84719,0	
O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	r	0,12**	0,09**	0,14**	25
	p	<0,001	<0,001	<0,001	1,2%
	U	11052	21158,0	12381,0	
P00-P96 Bestimmte Zustände, die ihren	r	0,01	0,01	0,03	2

Diagnose nach ICD-10-Kapitel		Arztkontakte	Notfall- behandlungen	Facharzt- behandlungen	n (in %)
Ursprung in der Perinatalperiode haben	p	0,673	0,722	0,226	0,1
	U	1778,5	1983,0	1380,5	
Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	r	0,09**	0,01	0,03	12
	p	<0,001	0,733	0,111	0,6
	U	4389,5	12299,5	10248,0	
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifi- ziert sind	r	0,25**	0,00	0,02	893
	p	<0,001	0,834	0,280	42,3%
	U	402095,5	542645,0	533409,5	
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und be- stimmte andere Folgen äußerer Ursachen	r	0,11**	0,09ÜÜ	0,04	103
	p	<0,001	<0,001	0,066	4,9%
	U	74826,5	93030,0	95669,0	
Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	r	0,25**	0,03	0,23**	182
	p	<0,001	0,177	<0,001	8,6%
	U	95083,5	171184,5	116340,0	

Mann Whitney-U-Test

(** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$; $n = 2.111$)

Tabelle A-6: Medikamentenverordnungen als Einflussfaktor auf Behandlungshäufigkeiten – Teststatistik

Verordnetes Medikament		Anzahl Arztkontakte	Anzahl der Not- fallbehandlungen	Anzahl der Facharztbe- handlungen	n (%)
Analgetikum	r	0,277**	0,009	0,110**	720
	p	<0,001	0,683	<0,001	(34,1%)
Antibiotikum	r	0,209**	0,002	0,043*	611
	p	<0,001	0,923	0,048	(28,9%)
systemisch wirksames Antibiotikum	r	0,155**	0,009	0,028	439
	p	<0,001	0,687	0,206	(20,8%)
auf Nervensystem wirksam	r	0,304**	0,030	0,117**	496
	p	<0,001	0,162	<0,001	(23,5%)
Antidepressivum	r	0,205**	0,035	0,175**	80
	p	<0,001	0,112	<0,001	(3,8%)
Anxiolytikum	r	0,172**	0,111**	0,132**	54
	p	<0,001	<0,001	<0,001	(2,6%)
Antipsychotikum	r	0,165**	0,102**	0,186**	38
	p	<0,001	<0,001	<0,001	(1,8%)
Opioid	r	0,102**	0,105**	0,051*	14
	p	<0,001	<0,001	0,019	(0,7)

Mann-Whitney-U-Test

(** $p \leq 0,001$; * $p \leq 0,05$; $n = 2.111$)

Tabelle A-7: Diagnoseverteilung in den Subgruppen

ICD-10-Gruppe	Gruppe a n = 147		Gruppe b n = 126		Gruppe c n = 155		Keine Gruppe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	44**	7,76	19*	7,63	26**	6,10	134	4,70
C00-D48 Neubildungen	8**	1,41	2	0,80	6**	1,41	10	0,35
D50-D90 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	7**	1,23	3	1,20	8**	1,88	14	0,49
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	8	1,41	4	1,61	4	0,94	80	2,80
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	35**	6,17	15**	6,02	34**	7,98	64	2,24
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	33**	5,82	12*	4,82	28**	6,57	72	2,52
H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde	17**	3,00	7	2,81	12*	2,82	87	3,05
H60-H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	5	0,88	1	0,40	6	1,41	68	2,38
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	23**	4,06	15*	6,02	10	2,35	108	3,79
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	49	8,64	26*	10,44	32*	7,51	560	19,63
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	51**	8,99	22*	8,84	39**	9,15	177	6,20
L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	38**	6,70	10	4,02	29*	6,81	208	7,29
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	45**	7,94	16	6,43	29	6,81	240	8,41
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	22**	3,88	7	2,81	17*	3,99	85	2,98
O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	10**	1,76	6**	2,41	10**	2,35	10	0,35
P00-P96 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0	0,00	0	0,00	1*	0,23	1	0,04
Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	3*	0,53	1	0,40	0	0,00	8	0,28
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	112**	19,75	52	20,88	85**	19,95	732	25,66

ICD-10-Gruppe	Gruppe a n = 147		Gruppe b n = 126		Gruppe c n = 155		Keine Gruppe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	17**	3,00	16**	6,43	14*	3,29	70	2,45
Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	40**	7,05	15	6,02	36**	8,45	125	4,38
Summe	567		249		426		2.853	

** $p \leq 0,001$, * $p \leq 0,05$, χ^2 -Test

7. Literaturverzeichnis

- Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, Dhavan P, Fouad FM, Groce N, Guo Y et al. (2018): The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. *Lancet* 392, 2606–2654
- Alberer M, Wendeborn M, Löscher T, Seilmaier M (2016): Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern: Daten von drei verschiedenen medizinischen Einrichtungen im Raum München aus den Jahren 2014 und 2015. *Dtsch Med Wochenschr* 141, e8-15
- Arnold M, Razum O, Coebergh J-W (2010): Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature. *Eur J Cancer* 46, 2647–2659
- BAMF (2019): Das Bundesamt in Zahlen 2018: Asyl, Migration und Integration. BAMF, Nürnberg 2019
- Beermann S, Rexroth U, Kirchner M, Kühne A, Vygen S, Gilsdorf A (2015): Asylsuchende und Gesundheit in Deutschland: Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten. *Dtsch Arztebl International* 112, 1717-1719
- Berlinghoff M (2018): Geschichte der Migration in Deutschland. Dossier Migration. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 2018
- Bischoff A, Bovier PA, Rrustemi I, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L (2003): Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med* 57, 503–512
- Borgschulte HS, Wiesmüller GA, Bunte A, Neuhann F (2018): Health care provision for refugees in Germany - one-year evaluation of an outpatient clinic in an urban emergency accommodation. *BMC Health Serv Res* 18, 488
- Bozorgmehr K, Razum O (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PLoS ONE* 10, e0131483
- Bozorgmehr K, Dieterich A, Offe J (2019): UN concerned about the right to health for migrants in Germany. *Lancet* 393, 1202–1203
- Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J: Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region, Health Evidence Network synthesis report 44. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen 2015
- Brockmann SO, Wjst S, Zelmer U, Carollo S, Schmid M, Roller G, Eichner M (2016): ÖGD-Initiative zur Verbesserung der Durchimpfung bei Asylsuchenden. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59, 592–598
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer: Frühfeststellung und Versorgung traumatisierter Flüchtlinge: Konzepte und Modelle zur Umsetzung der EU-Richtlinie für besonders schutzbedürftige Asylsuchende. BAFF, Berlin 2019

- Carrasquillo O, Orav EJ, Brennan TA, Burstin HR (1999): Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *J Gen Intern Med* 14, 82–87
- Close C, Kouvonen A, Bosqui T, Patel K, O'Reilly D, Donnelly M (2016): The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Glob Health* 12, 47
- Cohen AL, Rivara F, Marcuse EK, McPhillips H, Davis R (2005): Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics* 116, 575–579
- Cohen J (1992): A power primer. *Psychol Bull* 112, 155–159
- Das A, Ambale-Venkatesh B, Lima JAC, Freedman JE, Spahillari A, Das R, Das S, Shah RV, Murthy VL (2017): Cardiometabolic disease in South Asians: A global health concern in an expanding population. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 27, 32–40
- Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A (2009): Getting by: underuse of interpreters by resident physicians. *J Gen Intern Med* 24, 256–262
- Diaz E, Gimeno-Feliu L-A, Calderón-Larrañaga A, Prados-Torres A (2014): Frequent attenders in general practice and immigrant status in Norway: a nationwide cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 32, 232–240
- DIMDI: ICD-10-GM Version 2019, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 21. September 2018. DIMDI, Köln 2018
- DIMDI: Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen: Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2019. DIMDI, Berlin 2019
- Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, Loeb JM (2007): Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *Int J Qual Health Care* 19, 60–67
- Dopfer C, Vakilzadeh A, Happle C, Kleinert E, Müller F, Ernst D, Schmidt RE, Behrens GMN, Merkesdal S, Wetzke M et al. (2018): Pregnancy Related Health Care Needs in Refugees-A Current Three Center Experience in Europe. *Int J Environ Res Public Health* 15, 1934
- Europäische Union (2013): Richtlinie 2013/33/ EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung). *Amtsblatt der Europäischen Union* 2013, 96–116
- Europäische Union (2016): Pressemitteilung 10.02.2016: Mangelhafte Umsetzung des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-16-270_de.pdf, abgerufen am: 01.09.2019
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005): Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 365, 1309–1314
- Fernando E, Razak F, Lear SA, Anand SS (2015): Cardiovascular Disease in South Asian Migrants. *Can J Cardiol* 31, 1139–1150

Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O, Bozorgmehr K, Schenk L, Gilsdorf A, Rommel A, Lampert T (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *J Health Monit* 21, 24–47

Frankfurter Allgemeine Zeitung (2015): Bürgerdialog der Regierung: Merkel: „Deutschland ist ein Einwanderungsland“. <https://www.faz.net/-hox-84086>, abgerufen am: 30.08.2019

Furajjat G, Kleinert E, Simmenroth A, Müller F (2019): Implementing a digital communication assistance tool to collect the medical history of refugee patients: DICTUM Friedland - an action-oriented mixed methods study protocol. *BMC Health Serv Res* 19, 103

Gallagher RA, Porter S, Monuteaux MC, Stack AM (2013): Unscheduled return visits to the emergency department: the impact of language. *Pediatr Emerg Care* 29, 579–583

Geißler R, Meyer T: Die Sozialstruktur Deutschlands: Die gesellschaftliche Entwicklung vor und nach der Vereinigung. 3., grundlegend überarbeitete Auflage [Stand der empirischen Daten: Mai 2002]; Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2002

Ginsburg C, Bocquier P, Bégué D, Afolabi S, Augusto O, Derra K, Herbst K, Lankoande B, Odhiambo F, Otiende M et al. (2016): Healthy or unhealthy migrants? Identifying internal migration effects on mortality in Africa using health and demographic surveillance systems of the INDEPTH network. *Soc Sci Med* 164, 59–73

Goodman LF, Jensen GW, Galante JM, Farmer DL, Taché S (2018): A cross-sectional investigation of the health needs of asylum seekers in a refugee clinic in Germany. *BMC Fam Pract* 19, 64

Graaf P de, Rotar Pavlič D, Zelko E, Vintges M, Willems S, Hanssens L (2016): Primary care for the Roma in Europe: Position paper of the European forum for primary care. *Zdr Varst* 55, 218–224

Granhagen Jungner J, Tiselius E, Wenemark M, Blomgren K, Lützén K, Pergert P (2018): Development and evaluation of the Communication over Language Barriers questionnaire (CoLB-q) in paediatric healthcare. *Patient Educ Couns* 101, 1661–1668

Günther A, Piest B, Herrmann I, Schulte R, Buhr-Riehm R, Siems K, Konstantin K (2016): Medizinische Versorgung in einer Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber. *Notarzt* 32, 6–8

Harmsen JAM, Bernsen RMD, Meeuwesen L, Pinto D, Bruijnzeels MA (2005): Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: development and validation of a Mutual Understanding Scale (MUS) in a multicultural general practice setting. *Patient Educ Couns* 59, 171–181

Haug S: Klassische und neuere Theorien der Migration (Arbeitspapiere / Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung Nr. 30). MZES, Mannheim 2000

Hauswaldt J, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U (2012): Health service use among patients with chronic or multiple illnesses, and frequent attenders: secondary analysis of routine primary care data from 1996 to 2006. *Dtsch Arztebl Int* 109, 814–820

Hayes AF, Cai L (2007): Using heteroskedasticity-consistent standard error estimators in OLS regression: An introduction and software implementation. *Behav Res Methods* 39, 709–722

- Hermans MPJ, Kooistra J, Cannegieter SC, Rosendaal FR, Mook-Kanamori DO, Nemeth B (2017): Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece. *Eur J Epidemiol* 32, 851–854
- Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin J (2018): Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Med* 16, 89
- Holden P, Serrano AC (1989): Language barriers in pediatric care. *Clin Pediatr (Phila)* 28, 193–194
- Hsieh E (2015): Not just “getting by”: factors influencing providers’ choice of interpreters. *J Gen Intern Med* 30, 75–82
- Hyde R (2016): Refugees need health cards, say German doctors. *The Lancet* 388, 646–648
- Jablonka A, Wetzke M, Sogkas G, Dopfer C, Schmidt RE, Behrens GMN, Happle C (2018): Prevalence and Types of Anemia in a Large Refugee Cohort in Western Europe in 2015. *J Immigr Minor Health* 20, 1332–1338
- Jäger P, Claassen K, Ott N, Brand A (2019): Does the Electronic Health Card for Asylum Seekers Lead to an Excessive Use of the Health System? Results of a Survey in Two Municipalities of the German Ruhr Area. *Int J Environ Res Public Health* 16, 7
- Kahl F, Frewer A (2017): Medizinische Versorgung von neu angekommenen Asylsuchenden in Erlangen: Eine Studie zum Medikamenteneinsatz mit besonderem Blick auf Psychopharmaka. *Psychother Psychosom Med Psychol* 67, 119–125
- Kahl F, Kühlein T (2018): Differences between the antibiotic prescribing pattern of newly arrived refugees in Germany and the German population. *Confl Health* 12, 3
- Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S (2007): Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res* 42, 727–754
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (2019): Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen vom 2. März 2019. https://www.kvn.de/internet_media/%C3%9Cber+uns/Amtliche+Bekanntmachungen/2019/Honorarverteilungsma%C3%9Fstab+der+KVN+%C3%BCltig+ab+2+Quartal+2019-p-17985.pdf, abgerufen am: 30.08.2019
- Kindermann D, Jenne MP, Schmid C, Bozorgmehr K, Wahedi K, Junne F, Szecsenyi J, Herzog W, Ninkendei C (2019): Motives, experiences and psychological strain in medical students engaged in refugee care in a reception center- a mixed-methods approach. *BMC Med Educ* 19, 302
- Kleinert E, Müller F, Furaijat G, Hillermann N, Jablonka A, Happle C, Simmenroth A (2019): Does refugee status matter? Medical needs of newly arrived asylum seekers and resettlement refugees - a retrospective observational study of diagnoses in a primary care setting. *Confl Health* 13, 39
- Kloning T, Nowotny T, Alberer M, Hoelscher M, Hoffmann A, Froeschl G (2018): Morbidity profile and sociodemographic characteristics of unaccompanied refugee minors seen by paediatric practices between October 2014 and February 2016 in Bavaria, Germany. *BMC Public Health* 18, 983

- Kuehne A, Huschke S, Bullinger M (2015): Subjective health of undocumented migrants in Germany - a mixed methods approach. *BMC Public Health* 15, 926
- Lion KC, Rafton SA, Shafii J, Brownstein D, Michel E, Tolman M, Ebel BE (2013): Association between language, serious adverse events, and length of stay among hospitalized children. *Hosp Pediatr* 3, 219–225
- Mews C, Pruskil S, Kloppe T, Wilsdorf S, Scherer M (2017): Einsatz von Videodolmetschern in der ambulanten Versorgung in Hamburg - eine Bedarfsanalyse. *ZFA (Stuttgart)* 93; 11, 461–465
- Migrationshintergrund-Erhebungsverordnung vom 29. September 2010 (BGB I S. 1372)
- Moullan Y, Jusot F (2014): Why is the ‘healthy immigrant effect’ different between European countries? *Eur J Public Health* 24 Suppl 1, 80–86
- Müller F, Kleinert E, Furaijat G, Kruse S, Simmenroth A (2019): Digitale Kommunikationshilfen für nicht deutschsprechende Patient*innen: Erste Erfahrungen aus dem DICTUM-Friedland-Projekt. *BZgA Infodienst Migration, Flucht und Gesundheit*, 110–111
- Mylius M, Frewer A (2015): Access to healthcare for undocumented migrants with communicable diseases in Germany: a quantitative study. *Eur J Public Health* 25, 582–586
- Nesterko Y, Jäckle D, Friedrich M, Holzapfel L, Glaesmer H (2019): Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 29 (e40), 1–11
- Nikendei C, Huhn D, Adler G, Rose PB von, Eckstein TM, Fuchs B, Gewalt SC, Greiner B, Günther T, Herzog W et al. (2017): Entwicklung und Implementierung einer Medizinischen Ambulanz in einer Erstaufnahmeeinrichtung für Asylsuchende des Landes Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 126, 31–42
- Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A (2010): Migrants’ utilization of somatic healthcare services in Europe—a systematic review. *Eur J Public Health* 20, 555–563
- Ochieng BMN (2013): Black African migrants: the barriers with accessing and utilizing health promotion services in the UK. *Eur J Public Health* 23, 265–269
- O’Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K (2007): “They think we’re OK and we know we’re not”. A qualitative study of asylum seekers’ access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Serv Res* 7, 75
- Parekh N, Rose T (2011): Health inequalities of the Roma in Europe: a literature review. *Cent Eur J Public Health* 19, 139–142
- Plackett RL (1950): Some Theorems in Least Squares. *Biometrika* 37, 149–157
- Prütz F, Rommel A: Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. *J Health Monit* 2, 88-94
- Pusch LF: Das Deutsche als Männersprache: Aufsätze und Glossen zur feministischen Linguistik. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1984

- Razum O, Bunte A, Gilsdorf A, Ziese T, Bozorgmehr K (2016): Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. Dtsch Arztebl International 113, 130
- Roenneberg C, Sattel H, Schaefert R, Henningsen P, Hausteiner-Wiehle C (2019): Clinical practice guideline: Functional somatic symptoms. Dtsch Arztebl International, 553–560
- Rohlof HG, Knipscheer JW, Kleber RJ (2014): Somatization in refugees: a review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 49, 1793–1804
- Samuels-Kalow ME, Stack AM, Amico K, Porter SC (2017): Parental Language and Return Visits to the Emergency Department After Discharge. Pediatr Emerg Care 33, 402–404
- Schenker MB (2010): A global perspective of migration and occupational health. Am J Ind Med 53, 329–337
- Schmiedel R: Leistungen des Rettungsdienstes 2012/13: Analyse des Leistungsniveaus im Rettungsdienst für die Jahre 2012 und 2013 (Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen M, Mensch und Sicherheit 260). Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft, Bremerhaven 2015
- Schwienhorst E-M, Stich A (2015): Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern – Erfahrungen aus dem Würzburger Modell. Flug Reisemed 22, 116–121
- Spallek J, Zeeb H, Razum O (2011): What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. Emerg Themes Epidemiol 8, 6
- Statistisches Bundesamt (2019): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Mikrozensus 2018 (Fachserie 1 Reihe 2.2). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2019
- Stevens SB: Community based programs for a multicultural society: A guidebook for service providers. Planned Parenthood Manitoba, Winnipeg 1993
- Straus L, McEwen A, Hussein FM (2009): Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. Midwifery 25, 181–186
- Turrini G, Purgato M, Ballette F, Nosè M, Ostuzzi G, Barbui C (2017): Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. Int J Ment Health Syst 11, 51
- UN (1951): Final Act of the United Nations Conference of Plenipotentiaries on the Status of Refugees and Stateless Persons – Convention relating to the Status of Refugees. In: Vertragssammlung der UNO, Genf 1951, 137–220
- UNHCR (2019): Population Statistics Database. <http://popstats.unhcr.org/en/>, abgerufen am: 30.08.2019
- van Rosse F, Bruijne M de, Suurmond J, Essink-Bot M-L, Wagner C (2016): Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. Int J Nurs Stud 54, 45–53

Wetzke M, Happle C, Vakilzadeh A, Ernst D, Sogkas G, Schmidt RE, Behrens GMN, Dopfer C, Jablonka A (2018): Healthcare Utilization in a Large Cohort of Asylum Seekers Entering Western Europe in 2015. *Int J Environ Res Public Health* 15, 10

WONCA (2001): Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung ICPC-2. Springer, Wien 2001

Würth KM, Reiter-Theil S, Langewitz W, Schuster S (2018): “Getting by” in a Swiss Tertiary Hospital: the Inconspicuous Complexity of Decision-making Around Patients’ Limited Language Proficiency. *J Gen Intern Med* 33, 1885–1891

Danksagung

Einen besonderen Dank möchte ich meiner Doktormutter und Mentorin Prof. Dr. Anne Simmenroth aussprechen, die mich nicht nur über alle Teile meines Promotionsvorhabens begleitete, sondern mir mit pragmatischem Rat stets beiseite stand. Bedanken möchte ich mich ebenfalls bei meinen Kolleginnen und Kollegen im Institut für Allgemeinmedizin und besonders bei Dr. Evelyn Kleinert für ihre fachliche Expertise, ihre Diskussionsfreudigkeit und ihr offenes Ohr. Einen großen Dank gilt meinen Mitpromovierenden im Projekt, Nele Hillermann und Stefan Kruse. Erstere hat große Anteile an der Sichtung und Kodierung von Patientenunterlagen getragen, wofür ihr außerordentlicher Dank gebührt. Viel Dank gebührt ferner auch meinem lieben Kollegen und Freund Dr. Rico Witschas für seine wertvollen Hinweise zum Manuskript.

Einen großen Dank möchte ich ferner den Mitarbeitern der LAB, insbesondere dem Leiter des GDL Herrn Hörnschemeyer und dem Sachgebietsleiter Sozialdienst Herrn Schirmer sowie allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Malteser Hilfsdienstes in Friedland, insbesondere Jürgen Hublitz, für die durchweg freundschaftliche und produktive Zusammenarbeit aussprechen. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.