

AUS DEM LEHRSTUHL
FÜR EPIDEMIOLOGIE UND PRÄVENTIVMEDIZIN
PROF. DR. DR. MICHAEL LEITZMANN
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**BERICHT ÜBER DEN GESUNDHEITSSTATUS DER ASYLBEWERBERINNEN UND
ASYLBEWERBER DES ANKERZENTRUMS REGENSBURG IM JAHR 2018**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Raphael Arulsamy

2021

AUS DEM LEHRSTUHL
FÜR EPIDEMIOLOGIE UND PRÄVENTIVMEDIZIN
PROF. DR. DR. MICHAEL LEITZMANN
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**BERICHT ÜBER DEN GESUNDHEITSTATUS DER ASYLBEWERBERINNEN UND
ASYLBEWERBER DES ANKERZENTRUMS REGENSBURG IM JAHR 2018**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Raphael Arulsamy

2021

Dekan:	Prof. Dr. Dirk Hellwig
1. Berichterstatter:	Prof. Dr. Dr. Michael Leitzmann
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. Michael Pfeifer
Tag der mündlichen Prüfung:	21.06.2022

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Bundesweite Asylantragszahlen	1
1.2 Staatsangehörigkeiten der Asylsuchenden bundesweit	3
1.3 Geschlechts- und Altersverteilung von Asylsuchenden bundesweit	3
1.4 Asylanträge in Bayern	4
1.5 Gesetzliche Grundlage zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland	5
1.6 Medizinische Versorgung der Asylsuchenden in Regensburg	6
1.7 Empfohlene Impfungen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber	6
2. Zielsetzung und Fragestellung	10
3. Material und Methoden	11
3.1 Dokumentation und Auswertung	11
3.2 Erhebung des Impfstatus	14
3.3 Statistische Auswertung	14
3.4 Schweigepflicht, Anonymisierung und Ethikantrag	14
4. Ergebnisse	15
4.1 Gesamtpopulation	15
4.2 Verteilung der ICD-Diagnosen im Überblick	18
4.3 Die häufigsten Einzeldiagnosen	20
4.4 Verteilung der Symptome im Überblick	21
4.5 Erkrankungen der Atemwege (J00-J99)	22
4.6 Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	24
4.7 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	26
4.8 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99) 31	
4.9 Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	33
4.10 Krankheiten der Haut und Unterhaut (L00-L99)	36
4.11 Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	38

4.12	Verletzungen, Vergiftungen und Folgen äußerer Ursache (S00-T98)	40
4.13	Symptome, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	41
4.14	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)	44
4.15	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	46
4.16	Krankheiten des Ohres (H60-H95)	47
4.17	Krankheiten des Auges (H00-H59)	49
4.18	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	50
4.19	Krankheiten des Blutes (D50-D90)	51
4.20	Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	53
4.21	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	55
4.22	Neubildungen (C00-D48)	56
4.23	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	56
4.24	Erkrankungen der Perinatalperiode (P00-P96)	58
4.25	Beschreibung der Therapiemaßnahmen	58
4.26	Impfungen und Immunisierungsstatus der Besucher der Impfsprechstunde	60
4.26.1	Immunisierungen der 0- bis 10-Jährigen	61
4.26.2	Immunisierungen der 11- bis 20-Jährigen	62
4.26.3	Immunisierungen der 21- bis 50-Jährigen	63
4.26.4	Immunisierungen der über 50-Jährigen	64
4.27	Blutdruckwerte	65
5.	Diskussion	66
5.1	Ergebnisse im Überblick und Einordnung in die bisher publizierte Literatur	66
5.1.1	Vergleich mit der Häufigkeitsverteilung von übergeordneten Diagnosegruppen in anderen Studien	66
5.1.2	Vergleich mit häufigen Diagnosen von Nicht-Geflüchteten in Deutschland	72
5.1.3	Vergleich der Verteilung von Einzelgruppen und -diagnosen mit anderen Studien	73
5.2	Limitationen und Stärken der Studie	93
6.	Zusammenfassung	94

7. Weitere Tabellen	95
8. Abbildungsverzeichnis	120
9. Tabellenverzeichnis.....	121
10. Literatur.....	126
11. Lebenslauf	138
12. Danksagung.....	139
13. Eidesstattliche Erklärung.....	140

Disclaimer

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich eingeschlossen, soweit es für die jeweilige Aussage erforderlich ist.

1. Einleitung

Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden ist in Deutschland eine besondere Aufgabe des Gesundheitssystems [1]. Obwohl die Asylantragszahlen seit 2017 sinken, ist Deutschland nach wie vor das Hauptziel für Asylsuchende in Europa [2]. Sprachliche und kulturelle Barrieren sowie ein erweitertes Krankheitsspektrum bei Asylsuchenden sind Schwierigkeiten, auf die sich das hiesige Gesundheitssystem einstellen muss [3]. Ein fundiertes Wissen über gängige Krankheitsbilder und Symptome bei Asylsuchenden aus verschiedenen Herkunftsländern ist daher essenziell, um eine adäquate medizinische Versorgung zu gewährleisten.

1.1 Bundesweite Asylantragszahlen

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) gibt jedes Jahr vollständige Berichte über Asylantragszahlen heraus.

Obwohl die Zahl der Asylanträge im Jahr 2018 im Vergleich zu den Vorjahren sank, lag sie trotzdem noch höher als die Zahlen der Asylanträge pro Jahr vor 2013. Im Jahr 2018 wurden 161.931 Asylerstanträge und 23.922 Asylfolgeanträge gestellt [2]. Dies entspricht einer Verringerung der Zahl der Erstanträge um 18,3% und einer Verringerung der Zahl der Folgeanträge um 1,8% im Vergleich zum Vorjahr [2].

Die Anzahl der jährlichen Asylanträge wird vom BAMF seit 1953 aufgezeichnet [4]. Abbildung 1 zeigt die absoluten Asylantragszahlen in Deutschland von 1953 bis 2019. Während die jährlichen Asylantragszahlen in den Fünfziger- bis Siebziger Jahren nie die Marke von 100.000 Anträgen erreichten, wurden allein im Jahr 1980 insgesamt 107.818 Anträge verzeichnet. In den Folgejahren verringerte sich die Anzahl der Anträge zunächst, stieg jedoch auf 438.191 im Jahr 1992. Daraufhin fiel die Zahl wieder bis zum Jahr 2008, in dem mit 28.018 Anträgen ein Tief erreicht wurde [2]. Seit 2008 stiegen die Asylantragszahlen bis zum Jahr 2016, in dem mit 745.545 Anträgen der höchste Jahreswert erreicht wurde, welcher seit Bestehen des Bundesamtes gemessen wurde [2]. Im Jahr 2017 waren die Zahlen mit 222.683 gestellten Asylanträgen deutlich geringer.

**Abbildung I - 2:
Entwicklung der Asylantragszahlen seit 1953**

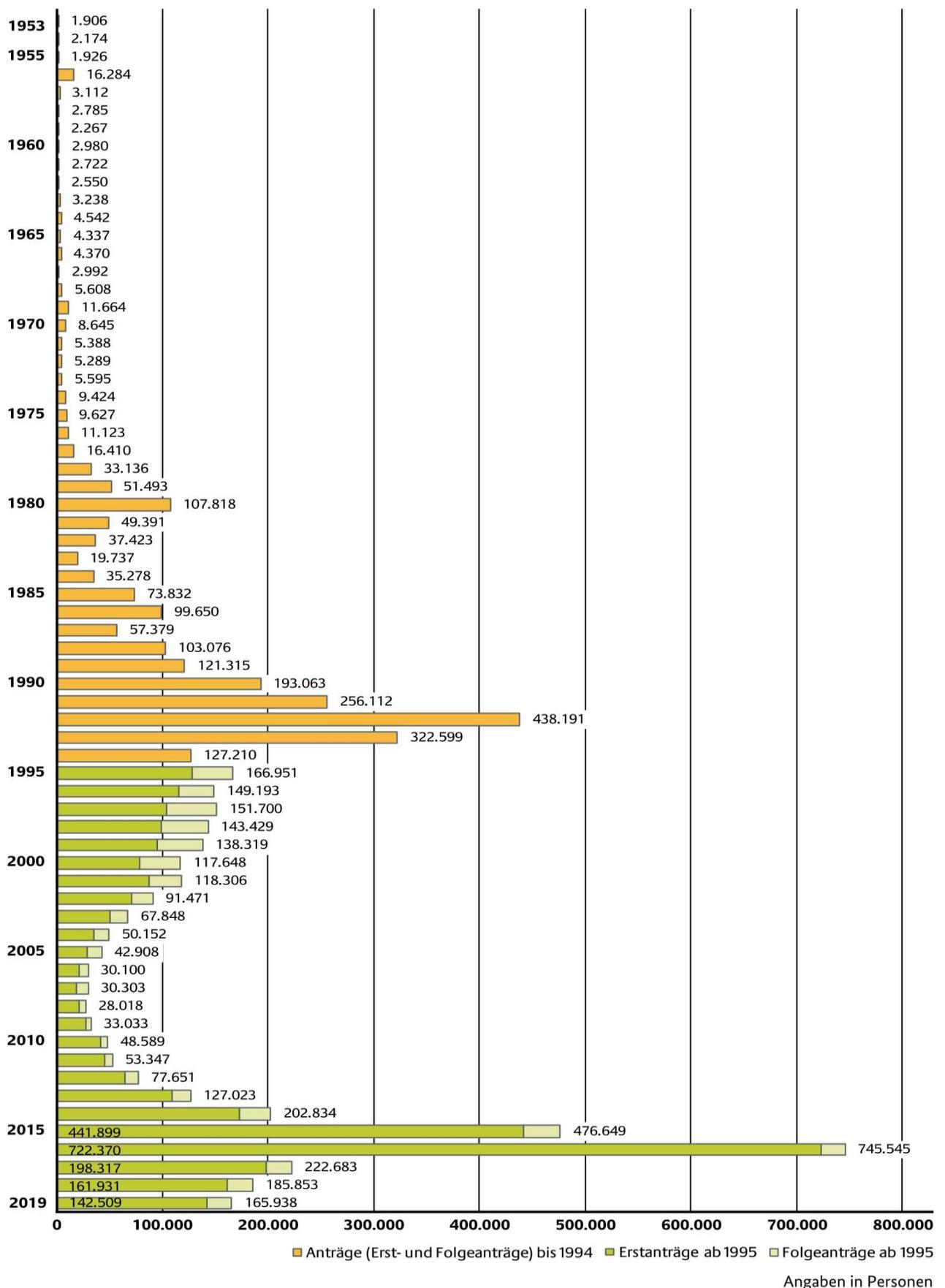


Abbildung 1: Entwicklung der Asylantragszahlen seit 1953 - BAMF [5]

1.2 Staatsangehörigkeiten der Asylsuchenden bundesweit

Welche Herkunftsländer bei den Asylsuchenden in Deutschland stark vertreten sind, spiegelt die aktuelle politische und wirtschaftliche Situation der jeweiligen Länder wider. Im Jahr 2018 waren die drei zugangsstärksten Herkunftsländer Syrien, Irak und Iran (Abbildung 2). Der Anteil der Asylsuchenden aus Nigeria hatte im Vergleich zum Vorjahr den größten Zuwachs (+30,2%). Die Verteilung der zugangsstarken Herkunftsländer zeigt keinen wesentlichen Unterschied zum Jahr 2017 [2].

Gesamtzahl der Asylerstanträge: 161.931

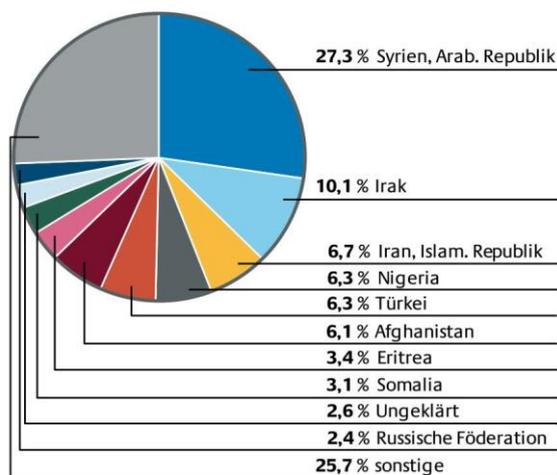


Abbildung 2: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge - Das Bundesamt in Zahlen 2018 [2]

1.3 Geschlechts- und Altersverteilung von Asylsuchenden bundesweit

Abbildung 3 zeigt die Zahl der Asylanträge nach Geschlecht und Altersgruppen für das Jahr 2018. In diesem Jahr waren 56,7% der Asylsuchenden männlich. In fast allen Altersgruppen ist der männliche Anteil der Antragsteller größer. Nur in der Gruppe "65 Jahre und älter" überwiegt der Anteil an Antragstellerinnen um 0,2% [2]. Anträge für Kinder unter vier Jahren machten den größten Anteil der gestellten Anträge (43.489; 26,9%) aus. Darauf folgt die Gruppe der 18- bis 25-Jährigen mit insgesamt 24.561 Anträgen (15,2%). Ab dem Alter von 25 Jahren nimmt die Zahl der Asylanträge stetig ab.

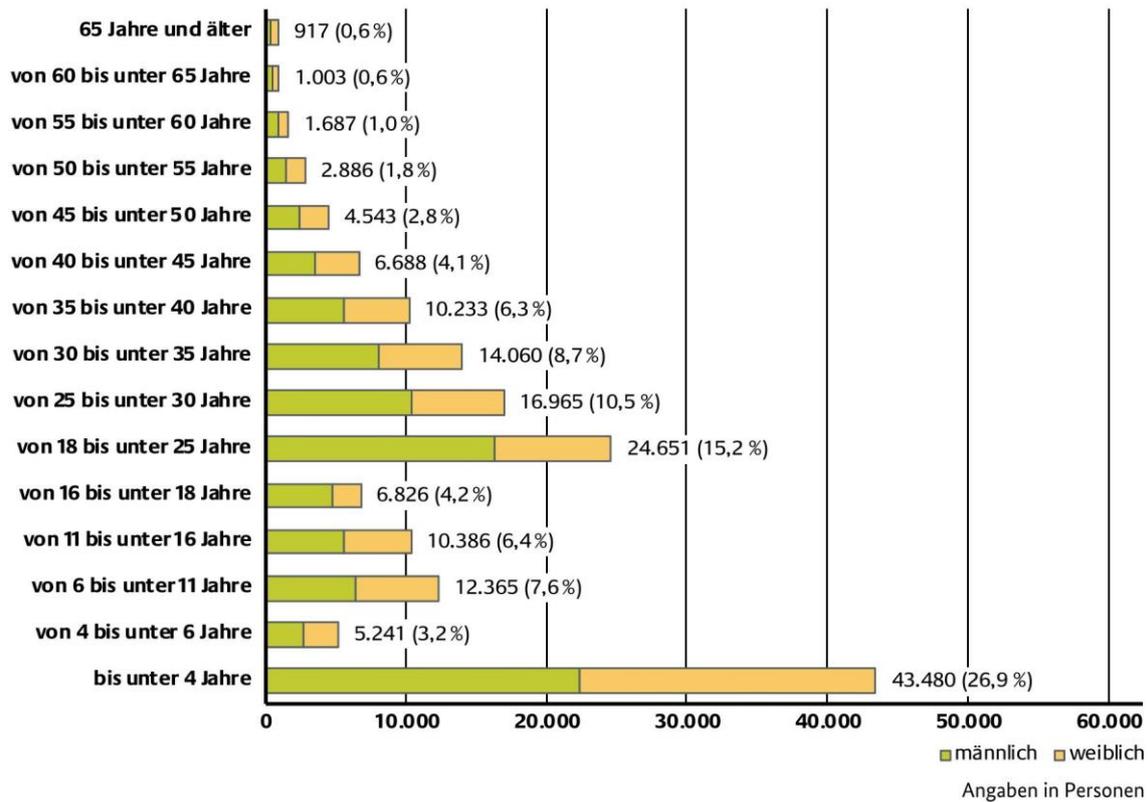


Abbildung 3: Asylanträge im Jahr 2018 nach Geschlecht und Altersgruppen - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [2]

1.4 Asylanträge in Bayern

Wie viele Asylbewerber in Deutschland auf die jeweiligen Bundesländer verteilt werden, regelt der sogenannte Königsteiner Schlüssel. Er setzt sich zusammen aus dem Steueraufkommen und der Bevölkerungszahl des Bundeslandes [2]. Wie in Abbildung 4 erkennbar, wurden im Jahr 2018 insgesamt 21.911 Asylanträge in Bayern gestellt. Dies entspricht 13,53% aller in Deutschland gestellten Anträge. Nur in Nordrhein-Westfalen wurden mehr Asylanträge gestellt (39.579; 24,44%).

Bundesland	Asylerstanträge		Quote nach dem Königsteiner Schlüssel
	absoluter Wert	in Prozent	
Baden-Württemberg	16.062	9,91904 %	13,01651 %
Bayern	21.911	13,53107 %	15,55039 %
Berlin	8.216	5,07377 %	5,09267 %
Brandenburg	4.679	2,88950 %	3,02571 %
Bremen	1.880	1,16099 %	0,95115 %
Hamburg	4.139	2,55603 %	2,55847 %
Hessen	12.865	7,94474 %	7,36424 %
Mecklenburg-Vorpommern	2.828	1,74642 %	2,00161 %
Niedersachsen	16.848	10,40443 %	9,36559 %
Nordrhein-Westfalen	39.579	24,44189 %	21,14355 %
Rheinland-Pfalz	7.622	4,70694 %	4,83466 %
Saarland	2.685	1,65811 %	1,20344 %
Sachsen	7.561	4,66927 %	5,02467 %
Sachsen-Anhalt	4.283	2,64495 %	2,77158 %
Schleswig-Holstein	6.475	3,99862 %	3,41725 %
Thüringen	4.169	2,57455 %	2,67851 %
Unbekannt	129	0,07966 %	
Insgesamt	161.931	100,0 %	100,0 %

Abbildung 4: Verteilung der Asylbegehrenden auf die Bundesländer im Jahr 2018 - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [2]

1.5 Gesetzliche Grundlage zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland

Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden wird in den ersten 18 Monaten durch das Asylbewerberleistungsgesetz geregelt. § 4 Absatz 1 besagt:

„Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder

Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist“ [6].

Die Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen wird in § 4 Absatz 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes geregelt:

„Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren“ [6].

1.6 Medizinische Versorgung der Asylsuchenden in Regensburg

Das Ankerzentrum Regensburg, das bis Mitte 2018 noch Erstaufnahmeeinrichtung, dann Transitzentrum war, ist nach wie vor die erste Anlaufstelle aller Asylsuchenden in Regensburg. Dort befinden sich nicht nur Wohnunterkünfte, sondern auch Büros verschiedener Behörden, die direkt vor Ort zusammenarbeiten können. Neben der zentralen Ausländerbehörde, der Caritas und der Regierung der Oberpfalz, sind auch Ärzte verschiedener Fachrichtungen in einem medizinischen Zentrum vor Ort. Dort werden nicht nur die für das Gesundheitsamt erforderlichen Erstuntersuchungen durchgeführt, auch die kurative Versorgung der Bewohner kann hier stattfinden. Neben Allgemeinmedizinern sind Psychiater, Gynäkologen und auch Hebammen im Einsatz. Diese sind für die medizinische Versorgung aller Bewohner während ihres Aufenthaltes im Ankerzentrum zuständig.

1.7 Empfohlene Impfungen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber

Impfungen für Asylbewerber werden vom Asylbewerberleistungsgesetz abgedeckt und können für Asylbewerber kostenfrei und auf freiwilliger Basis durchgeführt werden [6]. Über die Impfbereitschaft bei Geflüchteten ist bisher wenig bekannt. Es wird jedoch vermutet, dass die Impfrate bei Geflüchteten und Migranten geringer sei als bei der einheimischen Bevölkerung in Europa [7–9]. Aufgrund der medizinischen und politischen Situation in den Herkunftsländern, sowie oftmals fehlender Impfdokumentation, werden viele Geflüchtete als ungeimpft oder als Personen mit unklarem Impfstatus betrachtet. Die Abbildungen 5-9 zeigen die für diese Situation vom Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlichten Leitlinien zur Durchführung von Nachholimpfungen bei Asylsuchenden je nach Altersgruppe.

Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis				Alter in Jahren	
	0	1	1	6	5–8	9–16
Tetanus	N1	N2	N3	N4	A1	A2
Diphtherie (D)	N1	N2	N3	N4	A1	A2
Pertussis (aP)	N1	N2	N3	N4	A1	A2
Hib	N1	N2 ^a	N3	N4		
Poliomyelitis	N1	N2 ^a	N3	N4		A1
Hepatitis B	N1	N2 ^a	N3	N4		
Pneumokokken	N1		N2	N3		

^a Bei Anwendung eines monovalenten Impfstoffs kann diese Dosis entfallen.

Abbildung 5: Empfohlene Nachholimpfungen bei Kindern < 12 Monaten - RKI [10]

Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis			Alter in Jahren	
	0	1–2 ^a	6	5–16	
Tetanus	N1	N2	N3	A1 ^b	A2 ^b
Diphtherie (D)	N1	N2	N3	A1 ^b	A2 ^b
Pertussis (aP)	N1	N2	N3	A1 ^b	A2 ^b
Hib	N1				
Poliomyelitis	N1	N2	N3		A1 ^c
Hepatitis B	N1	N2	N3		
Pneumokokken ^d	N1	N2 (Impfabstand ≥ 8 Wochen)			
Meningokokken C	N1				
MMR ^e	N1	N2			
Varizellen ^e	N1	N2			

^a Impfabstand abhängig vom Impfstoff oder der Indikation.

^b Auffrischimpfung 5–10 Jahre nach der letzten Dosis der Grundimmunisierung bzw. nach einer vorangegangenen Auffrischimpfung.

^c Die Auffrischimpfung soll im Alter von 9–16 Jahren erfolgen.

^d Die Pneumokokken-Impfung ist ab dem Alter von 24 Monaten nicht mehr als Standardimpfung empfohlen und wird auch nicht nachgeholt.

^e Ab dem Alter von 11 Monaten.

Abbildung 6: Empfohlene Nachholimpfungen bei Kindern von 12 Monaten bis < 5 Jahren - RKI [10]

Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis			Alter in Jahren
	0	1	6	10–17
Tetanus	N1	N2	N3	A1 ^a
Diphtherie (d)	N1	N2	N3	A1 ^a
Pertussis (ap) ^b	N1	N2	N3	A1 ^a
Poliomyelitis	N1	N2	N3	A1
Hepatitis B	N1	N2	N3	
Meningokokken C	N1			
MMR	N1	N2		
Varizellen	N1	N2		
HPV ^c (Kinder und Jugendliche) ab 9 Jahren	G1		G2	

^a Je nach Alter bei Abschluss der Grundimmunisierung sind auch 2 Auffrischimpfungen bis zum Erreichen des Erwachsenenalters möglich (Abstand zwischen G und A1 sowie A1 und A2 jeweils 5–10 Jahre).

^b In Deutschland ist kein monovalenter Pertussis-Impfstoff verfügbar. Daher kann die Impfung nur mit Tdap- oder Tdap-IPV-Kombinationsimpfstoff erfolgen.

^c Grundimmunisierung (G) mit 2 Impfstoffdosen im Abstand von mindestens 5 Monaten (Fachinformation beachten).

Abbildung 7: Empfohlene Nachholimpfungen bei Kindern von 5 bis < 11 Jahren - RKI [10]

Impfung		Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis			Impfintervall
		0	1	6	5–10 Jahre
Tetanus		N1	N2	N3	A1
Diphtherie (d)		N1	N2	N3	A1
Pertussis (ap) ^a		N1			A1
Poliomyelitis		N1	N2	N3	A1
Hepatitis B		N1	N2	N3	
Meningokokken C		N1			
MMR		N1	N2		
Varizellen		N1	N2		
HPV ^b (Kinder und Jugendliche)	9–14 Jahre	G1		G2	
	> 14 Jahre	N1	N2	N3	

^a In Deutschland ist kein monovalenter Pertussis-Impfstoff verfügbar. Daher kann die Impfung nur mit Tdap- oder Tdap-IPV-Kombinationsimpfstoff erfolgen.

^b Wenn 1. Impfung im Alter von 9–14 Jahren: Grundimmunisierung (G) mit 2 Impfstoffdosen im Abstand von mindestens 5 Monaten; bei Nachholimpfung (N) mit der 1. Impfung im Alter von > 14 Jahren sind 3 Impfstoffdosen erforderlich (Fachinformation beachten).

Abbildung 8: Empfohlene Nachholimpfungen bei Kindern bzw. Jugendlichen von 11 bis < 18 Jahren - RKI [10]

Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis				Impfintervall
	0	1	2	6	
Tetanus	N1	N2		N3	A
Diphtherie (d)	N1	N2		N3	A
Pertussis (ap) ^a	N1				A1 (einmalig)
Poliomyelitis	N1	N2		N3	A1 (einmalig)
Masern für nach 1970 Geborene	N1				
Röteln für Frauen im gebärfähigen Alter ^b	N1	N2			
Varizellen für seronegative Frauen mit Kinderwunsch	N1	N2			
Pneumokokken für Erwachsene ≥ 60 Jahre	N1				Wiederholungsimpfung nur nach individueller Indikationsstellung, s. Tab. 2, S. 322 f. (frühestens nach 6 Jahren)
Herpes zoster für Erwachsene ≥ 60 Jahre ^c	N1			N2	

^a In Deutschland ist kein monovalenter Pertussis-Impfstoff verfügbar. Daher kann die Impfung nur mit Tdap- oder Tdap-IPV-Kombinationsimpfstoff erfolgen.

^b Ungeimpfte Frauen oder Frauen ohne Impfdokumentation erhalten 2 Impfungen, einmal geimpfte Frauen 1 Impfung. Mangels eines monovalenten Röteln-Impfstoffs kann MMR-Impfstoff verwendet werden.

^c 2-malige Impfung mit dem Herpes-zoster-Totimpfstoff im Abstand von mindestens 2 bis maximal 6 Monaten

Abbildung 9: Empfohlene Nachholimpfungen bei Erwachsenen ab 18 Jahren - RKI [10]

2. Zielsetzung und Fragestellung

In dieser Studie wird ein retrospektives Studiendesign zur deskriptiven Beschreibung von Häufigkeiten von Symptomen, Diagnosen, Therapien und Impfungen von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern in Regensburg genutzt. Ziel der Arbeit ist es, anhand eines Gesundheitsberichts einen Überblick über die gesundheitlichen Probleme von den Asylsuchenden im Ankerzentrum Regensburg zu schaffen. Dadurch können teilweise Rückschlüsse auf die gesundheitliche Situation aller Asylsuchenden gleicher bzw. ähnlicher Herkunftsländer in Deutschland gezogen werden.

Folgende Forschungsfragen werden im Rahmen dieser Studie geklärt:

- Von welchen gesundheitlichen Problemen sind geflüchtete Menschen in Regensburg betroffen?
- Sind Menschen aus gewissen Herkunftsländern häufiger von bestimmten Erkrankungen betroffen?
- Wie ist die Alters- und Geschlechtsverteilung der gestellten Diagnosen?
- Welche Instanzen des deutschen Gesundheitssystems (Fachärzte etc.) werden von Asylsuchenden vermehrt genutzt?
- Wie ist die Impfbereitschaft der Geflüchteten in Regensburg?

3. Material und Methoden

3.1 Dokumentation und Auswertung

Alle verwendeten Daten stammen aus dem medizinischen Zentrum der Ankereinrichtung in Regensburg, das überwiegend mit dem Praxisprogramm Pegamed arbeitet [11]. Mit dieser Software werden individuelle Patientenakte erstellt, in denen Symptome, Diagnosen, Befunde und Therapien notiert werden.

Im ersten Schritt wurden alle Patientenakte mit Einträgen aus dem Jahr 2018 herausgearbeitet; dies waren insgesamt 1840 Akte. Im Anschluss wurden alle Akte entfernt, welche bereits vor dem Jahr 2018 erste Einträge hatten. Somit wurden nur die Patienten, die im Jahr 2018 zum ersten Mal behandelt wurden, inkludiert. Insgesamt wurden 1478 Patienten in die Studie eingeschlossen.

Anhand der Patientenakte wurden Herkunftsland, Altersgruppe, Geschlecht, Symptom, Diagnose und Therapie des Patienten erfasst. Tabelle 1 zeigt einen Auszug aus der Excel-Tabelle, in die die Daten extrahiert wurden. Alle Variablen wurden zunächst aus Gründen der Anonymisierung und der Vereinheitlichung in nummerierte Gruppen und Subgruppen eingeteilt. Dann wurden die relevanten Daten aus den Patientenakte den jeweiligen Gruppen und Subgruppen zugeordnet und in einer Tabelle notiert.

Tabelle 1: Auszug aus der Excel-Tabelle, die zur Gruppeneinteilung verwendet wurde

Patienten ID	Alter	Geschlecht	Herkunftsland	Anzahl der Arztbesuche 2018	Symptom	Diagnose	Therapie

Für die Kategorisierung der Altersklassen wurde der 31.12.2018 als Stichtag verwendet. Anhand dessen wurde jeder Patient einer der folgenden zehn Altersgruppen zugeordnet:

- Gruppe 1: 0-10 Jahre
- Gruppe 2: 11-20 Jahre
- Gruppe 3: 21-30 Jahre
- Gruppe 4: 31-40 Jahre
- Gruppe 5: 41-50 Jahre
- Gruppe 6: 51-60 Jahre
- Gruppe 7: 61-70 Jahre
- Gruppe 8: 71-80 Jahre
- Gruppe 9: 81-90 Jahre
- Gruppe 10: > 90 Jahre

Die gespeicherten Diagnosen wurden nach der International Classification of Disease (ICD-10) in Gruppen von A00-Z99 eingeteilt. Zu jeder Diagnose wurde ein Symptom/Symptomkomplex und eine Form der Therapie notiert. Oftmals wurden einem Patienten mehrere Diagnosen, Symptome und Therapien zugeordnet.

Durch die ICD werden Erkrankungen in folgende Gruppen eingeteilt:

1. A00-B99: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
2. C00-D48: Neubildungen
3. D50-D90: Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
4. E00-E90: Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
5. F00-F99: Psychische- und Verhaltensstörungen
6. G00-G99: Krankheiten des Nervensystems
7. H00-H59: Krankheiten des Auges
8. H60-H95: Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
9. I00-I99: Krankheiten des Kreislaufsystems
10. J00-J99: Krankheiten des Atmungssystems
11. K00-K93: Krankheiten des Verdauungssystems
12. L00-L99: Krankheiten der Haut und Unterhaut
13. M00-M99: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems
14. N00-N99: Krankheiten des Urogenitalsystems
15. O00-O99: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
16. P00-P96: Krankheiten der Perinatalperiode
17. Q00-Q99: Angeborene Erkrankungen, Chromosomenanomalien
18. R00-R99: Symptome, die nicht andersorts einzuordnen sind
19. S00-T98: Verletzungen und Vergiftungen
20. V01-Y84: Äußere Ursachen für Morbidität und Mortalität
21. Z00-Z99: Faktoren, die zur Nutzung des Gesundheitswesens führen
22. Keine ICD Diagnose indiziert

Die festgestellten Symptome wurden mittels Zahlencodes in die Liste eingetragen, jedoch zum Überblick auch in übergeordnete Gruppen eingeteilt. Es ist hervorzuheben, dass vor allem Kardinal- bzw. Hauptsymptome, wie beispielsweise Fieber oder Bluthochdruck, in der Studie berücksichtigt wurden. Dafür wurde pro Diagnose ein mit der Diagnose assoziiertes Symptom oder ein Symptomkomplex bestimmt. Es ist jedoch möglich, dass bei einem Patienten mehrere Diagnosen und somit mehrere Symptome notiert sind. Die Symptome der Patienten wurden in folgende Gruppen eingeteilt (Tabelle 2):

Tabelle 2: Gruppeneinteilung von angegebenen Symptomen

1.	Gastrointestinale Symptome
2.	Kardiovaskuläre Symptome
3.	Pulmonale Symptome
4.	Muskuloskeletale Symptome
5.	Dermatologische Symptome
6.	Ophthalmologische Symptome
7.	Symptome im HNO-Bereich
8.	Zahnmedizinische Symptome
9.	Gynäkologische Symptome
10.	Schwangerschaft
11.	Neurologische Symptome
12.	Psychiatrische Symptome
13.	Allgemeinzustand
14.	Urogenitale Symptome
15.	Kopfschmerz
16.	Verletzungen
17.	Vererbare Krankheiten und Entwicklungsstörungen
18.	Sonstiges
19.	Keine Symptome
20.	Positive Befunde vom Gesundheitsamt

Um die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitssystems durch die Geflüchteten darzustellen, wurde die Art der Therapie erhoben. Dafür wurde die Therapie in folgende Gruppen eingeteilt:

1. Medikamentöse Therapie
2. Überweisung zum Facharzt/Spezialisten
3. Sonstige Therapien (z.B. Physiotherapie)
4. Keine Therapie
5. Krankenhausaufenthalt

Die Gruppe „Überweisung zum Facharzt/Spezialisten“ wurde in Untergruppen (nach Fachgebiet) eingeteilt, um die Art der Überweisung zu spezifizieren

3.2 Erhebung des Impfstatus

Im Ankerzentrum Regensburg können alle Bewohner vor Ort die Impfungen gemäß den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) erhalten [10]. Personen, die die verpflichtende medizinische Erstuntersuchung des Gesundheitsamts durchlaufen, werden dabei über die möglichen Impfungen informiert. Jedoch sind alle Impfungen freiwillig, sodass jede/r Bewohner/-in individuell entscheidet ob und wie oft er/sie sich impfen lässt.

Alle im Jahr 2018 durchgeführten Impfungen wurden mit zugehöriger Patientenidentifikationsnummer mittels Excel-Tabellen erfasst. Für jede Person, die im Jahr 2018 eine oder mehrere Impfungen erhielt, konnten die spezifischen Impfungen erhoben und somit Rückschlüsse auf den Impfstatus der Person gezogen werden. Alle undokumentierten Impfungen (z.B. im Heimatland) wurden nicht erfasst. Alter, Herkunftsland und Geschlecht wurden in gleicher Weise wie bei Patienten der Arztprechstunde dokumentiert. Der Impfstatus wurde dann mit den aktuellen Empfehlungen des RKI abgeglichen. Somit konnte ermittelt werden, wie hoch die Impfbereitschaft unter den Geflüchteten im Ankerzentrum ist.

3.3 Statistische Auswertung

Zunächst wurden die Stammdaten der Patienten ausgewertet und beschrieben. Hierzu wurden die absoluten und relativen Häufigkeiten von Geschlecht, Herkunftsland und die Verteilung der Altersgruppen berechnet. Im zweiten Schritt wurden die absoluten und relativen Häufigkeiten der Hauptdiagnosen und -symptome, sowie die der häufigsten Einzeldiagnosen berechnet. Diese Daten wurden dann in Abhängigkeit von Alter, Herkunftsland, Geschlecht, Symptomen und Therapien dargestellt. Die Erstellung der Listen und Berechnung der Parameter erfolgte ausschließlich mit dem Programm Excel von Microsoft.

3.4 Schweigepflicht, Anonymisierung und Ethikantrag

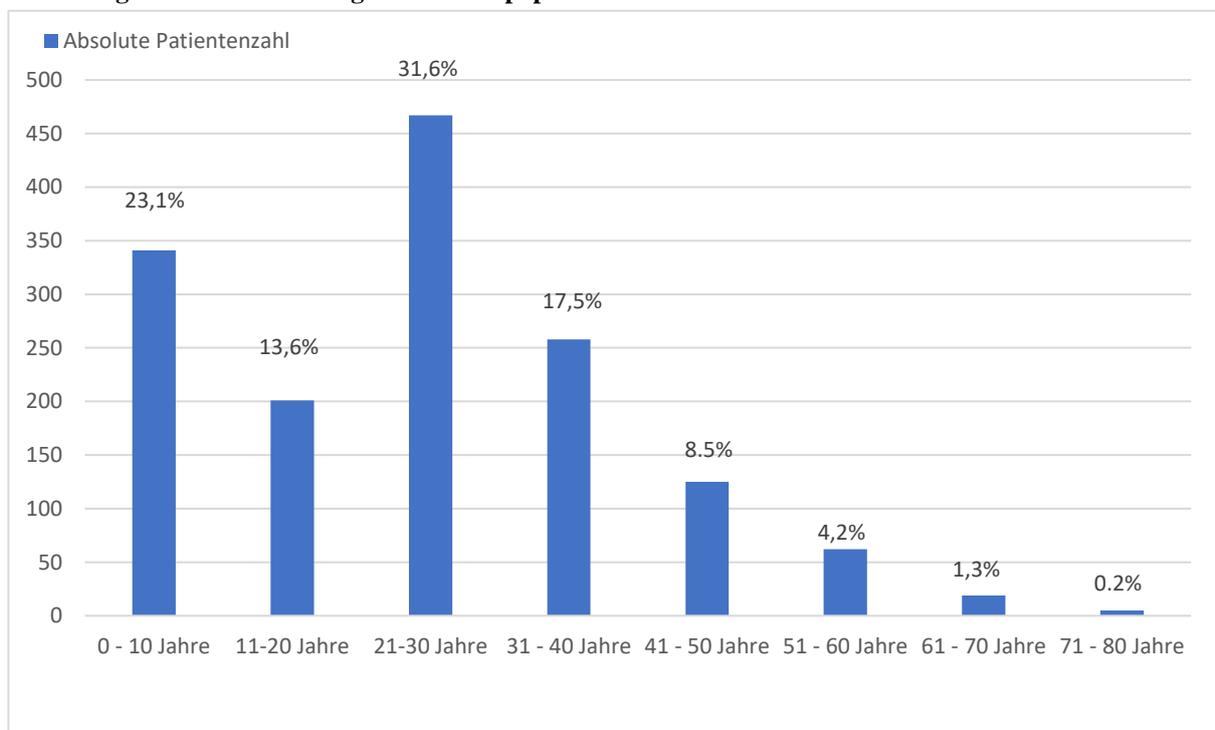
Da es sich um eine retrospektive epidemiologische Studie handelt, war kein Antrag bei der Ethikkommission erforderlich. Alle relevanten Daten wurden als mehrstellige Zahlencodes anonymisiert, bevor sie in die Listen eingetragen wurden. Keine personenbezogenen oder nicht-anonymisierten Daten wurden von den Rechnern des Ankerzentrums extrahiert. Es wurde eine Schweigepflichtserklärung bezüglich aller Patienten im Ankerzentrum unterschrieben.

4. Ergebnisse

4.1 Gesamtpopulation

Alle Patienten, die im Jahr 2018 das erste Mal den medizinischen Bereich des Ankerzentrums besuchten, wurden als Gesamtpopulation bezeichnet. Dies waren insgesamt 1478 Personen. Von allen Personen in der Gesamtpopulation waren 767 (51,9%) männlich und 711 (48,1%) weiblich. Mit 31,6% (N = 467) aller Behandelten machte die Gruppe der 21- bis 30-Jährigen den größten Anteil aus. Darauf folgten die Kinder zwischen 0 und 10 Jahren mit 23,1% (N = 341). Eine genaue Altersverteilung zeigt die Abbildung 10.

Abbildung 10: Altersverteilung der Gesamtpopulation



Im Jahr 2018 waren der Irak, die Republik Moldau, Äthiopien und Nigeria die am stärksten vertretenen Herkunftsländer im Ankerzentrum Regensburg (N = 1370). Die übrigen 108 Patienten stammten aus weiteren 14 asiatischen sowie afrikanischen Staaten. Tabelle 3 zeigt eine genaue Verteilung der Herkunftsstaaten.

Tabelle 3: Absolute und relative Häufigkeiten von Herkunftsländern in der Gesamtpopulation

Herkunftsland	Anzahl Patienten	Prozent
Irak	566	38,3%
Republik Moldau	394	26,7%
Äthiopien	210	14,2%
Nigeria	200	13,5%
Syrien	65	4,4%
Eritrea	11	0,7%
Ukraine	7	0,5%
Iran	6	0,4%
Pakistan	3	0,2%
Sudan	3	0,2%
Mali	3	0,2%
Aserbaidshan	2	0,1%
Ägypten	2	0,1%
Libanon	2	0,1%
Burkina Faso	1	0,1%
Armenien	1	0,1%
Sierra Leone	1	0,1%
Nicht bekannt	1	0,1%

Im Jahr 2018 wurde der medizinische Bereich des Ankerzentrums 4088-mal von zuvor unbekanntem Patienten aufgesucht. Insgesamt 369 Patienten (25,0%) waren nur ein einziges Mal dort (Tabelle 4). Am häufigsten waren Patienten zweimal im Arztbereich (N = 436; 29,5%). Insgesamt 191 Patienten (12,9%) waren dreimal beim Arzt. Die maximale Anzahl an Arztbesuchen eines Patienten lag 2018 bei 43; die minimale Anzahl bei 1.

Tabelle 4: Anzahl der Arztbesuche pro Patient

Anzahl der Arztbesuche	Patientenzahl	Prozent
1	370	25,0%
2	436	29,5%
3	191	12,9%
4	122	8,3%
5	83	5,6%
6	56	3,8%
7	37	2,5%
8	48	3,2%
9	18	1,2%
10	23	1,6%
öfter als 10	94	6,4%

Es wurde auch die Anzahl medizinischer Fragestellungen pro Patient ermittelt (Tabelle 5). Die meisten Patienten (N = 696) suchten wegen einer medizinischen Fragestellung den Arztbereich auf. Darauf folgten die Patienten mit zwei medizinischen Fragestellungen mit einer Anzahl von 438 (29,63%). Je größer die Anzahl der Fragestellungen wurde, desto kleiner war die Anzahl der Patienten. Das Maximum an medizinischen Fragestellungen lag bei acht (N = 1; 0,07%).

Tabelle 5: Anzahl der medizinischen Fragestellungen pro Patient

Anzahl medizinischer Fragestellungen	Patientenzahl	Prozent
1	696	47,09%
2	438	29,63%
3	209	14,14%
4	82	5,55%
5	34	2,30%
6	12	0,81%
7	6	0,41%
8	1	0,07%

4.2 Verteilung der ICD-Diagnosen im Überblick

Die Verteilung der ICD-Gruppen gibt einen generellen Überblick über das Krankheitsspektrum der Asylbewerber (Abbildung 11).

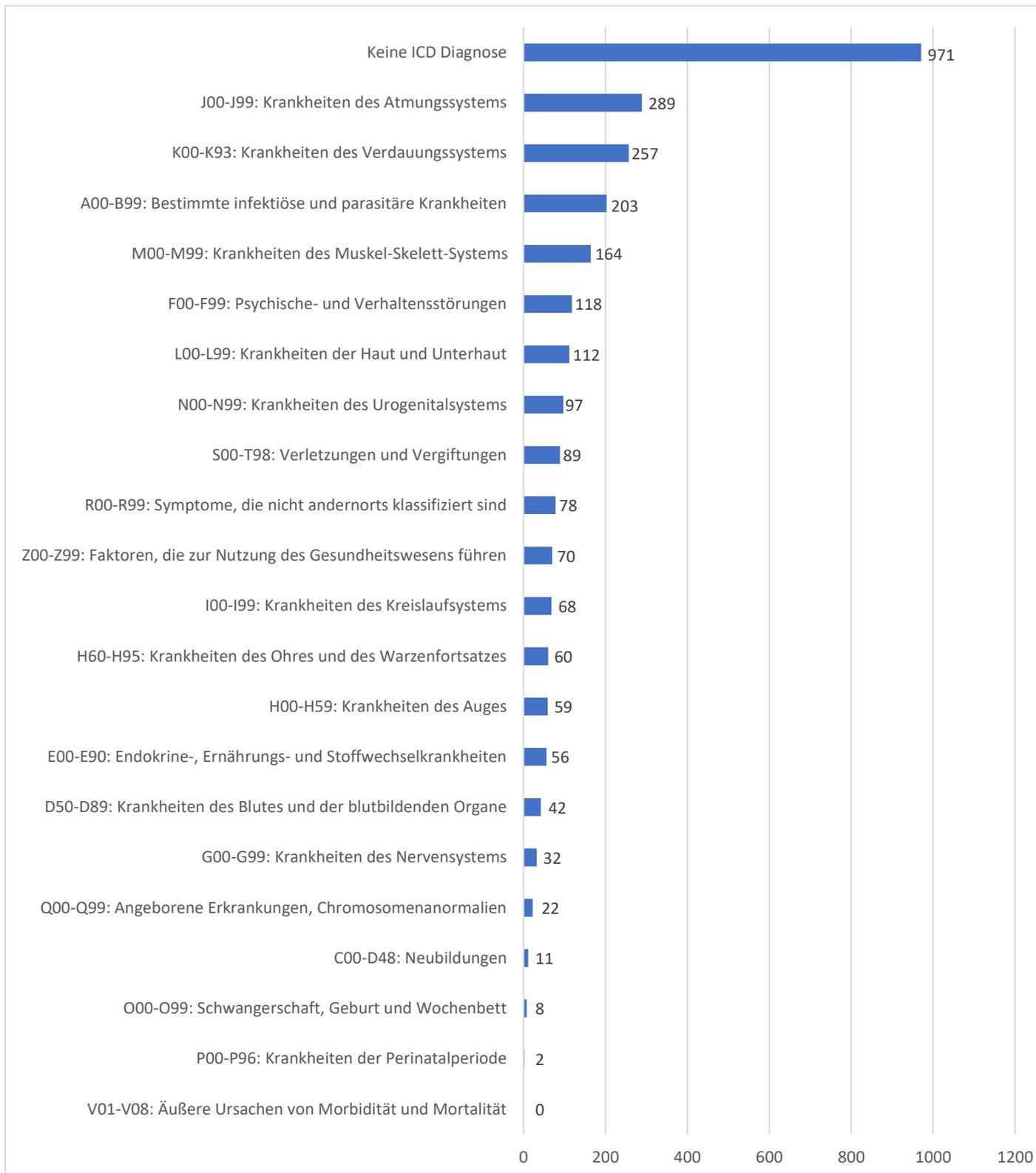


Abbildung 11: Absolute Häufigkeit der ICD-Diagnosegruppen

Bei der größten Patientengruppe lag keine ICD-Diagnose vor. Dies liegt daran, dass im klinischen Alltag nicht bei jedem Symptom oder Symptomkomplex eine Diagnose dokumentiert wurde. Oftmals wurden lediglich Symptome beschrieben, welche zu einer Therapie führten. Werden diejenigen Patienten ohne dokumentierte ICD-Diagnose nicht berücksichtigt, ergibt sich eine Verteilung wie in Abbildung 12 dargestellt.

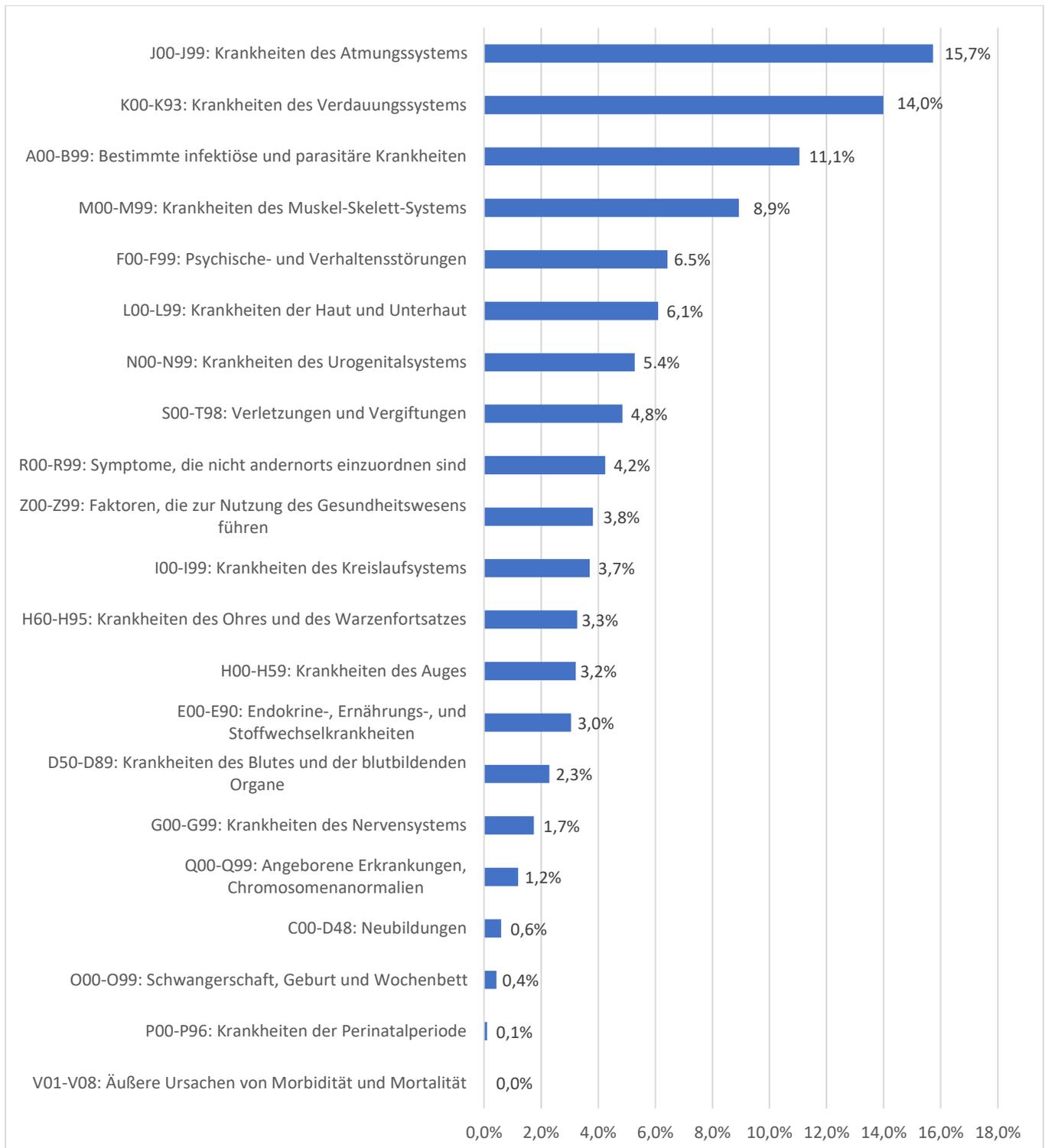


Abbildung 12: Relative Häufigkeit der ICD-Diagnosegruppen (nach Ausschluss der Patienten ohne dokumentierter ICD-Diagnose).

Mit 15,7% der Diagnosen bildeten die **Krankheiten des Atmungssystems** (J00-J99) die größte Gruppe, gefolgt von den **Krankheiten des Verdauungssystems** (K00-K93) mit 14,0%. **Infektiöse und parasitäre Krankheiten** (A00-B99) fanden sich mit 11,1% an dritter Stelle. **Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen** (F00-F99) machten 6,1% der Diagnosen aus und 4,5% der Diagnosen waren Verletzungen oder Vergiftungen.

4.3 Die häufigsten Einzeldiagnosen

Im Folgenden werden die häufigsten Einzeldiagnosen unabhängig von der ICD-10-Gruppe gesondert dargestellt (Tabelle 6). Über einhundert Patienten hatten jeweils die Diagnosen **akute Infektion der Atemwege** und **Zahnschmerzen**. Darauf folgten **akute Gastritis** sowie die **weibliche Genitalverstümmelung (female genitale mutilation - FGM)** mit einer Anzahl von jeweils 54 Diagnosen. Die **posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**, die häufigste Diagnose der Gruppe „F00-F99“, war auf Platz fünf aller Diagnosen. Sie wurde gefolgt von der Diagnose **arterielle Hypertonie**, welche die erste Diagnose der Gruppe der Kreislauferkrankungen ausmachte. Die erste Diagnose aus der Gruppe der klassischen Infektionskrankheiten (A00-B99) war **chronische Hepatitis B** an Platz 10 mit einer Anzahl von 32 Diagnosen.

Tabelle 6: Die häufigsten Einzeldiagnosen im Jahr 2018

	Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
1.	Akute Infektion der Atemwege	163	8,85%
2.	Zahnschmerzen	103	5,59%
3.	Akute Gastritis	54	2,93%
4.	FGM	54	2,93%
5.	PTBS	49	2,66%
6.	Arterielle Hypertonie	45	2,44%
7.	Ekzem	38	2,06%
8.	Akute Harnwegsinfektion	34	1,85%
9.	Kopfschmerz	33	1,79%
10.	Chronische Hepatitis B	32	1,74%
11.	Akute oder chronische Otitis media	31	1,68%
12.	Scabies	29	1,57%
13.	Akutes/chronisches LWS Syndrom	26	1,41%
14.	Knieschmerzen	26	1,41%
15.	Konjunktivitis	24	1,30%
16.	Grippaler Infekt	23	1,25%
17.	Chronische Schmerzen	23	1,25%
18.	Tonsillitis	22	1,19%
19.	Nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2	21	1,14%
20.	Akute Pharyngitis	21	1,14%

4.4 Verteilung der Symptome im Überblick

Da nicht zu jedem Patienten eine Diagnose definiert war, wurden Symptome und Symptomkomplexe erhoben (Abbildung 13). Diese wurden wiederum in übergeordnete Gruppen eingeteilt. Die Verteilung der übergeordneten Gruppen in Bezug auf die Anzahl der Patienten stellte sich wie folgt dar:

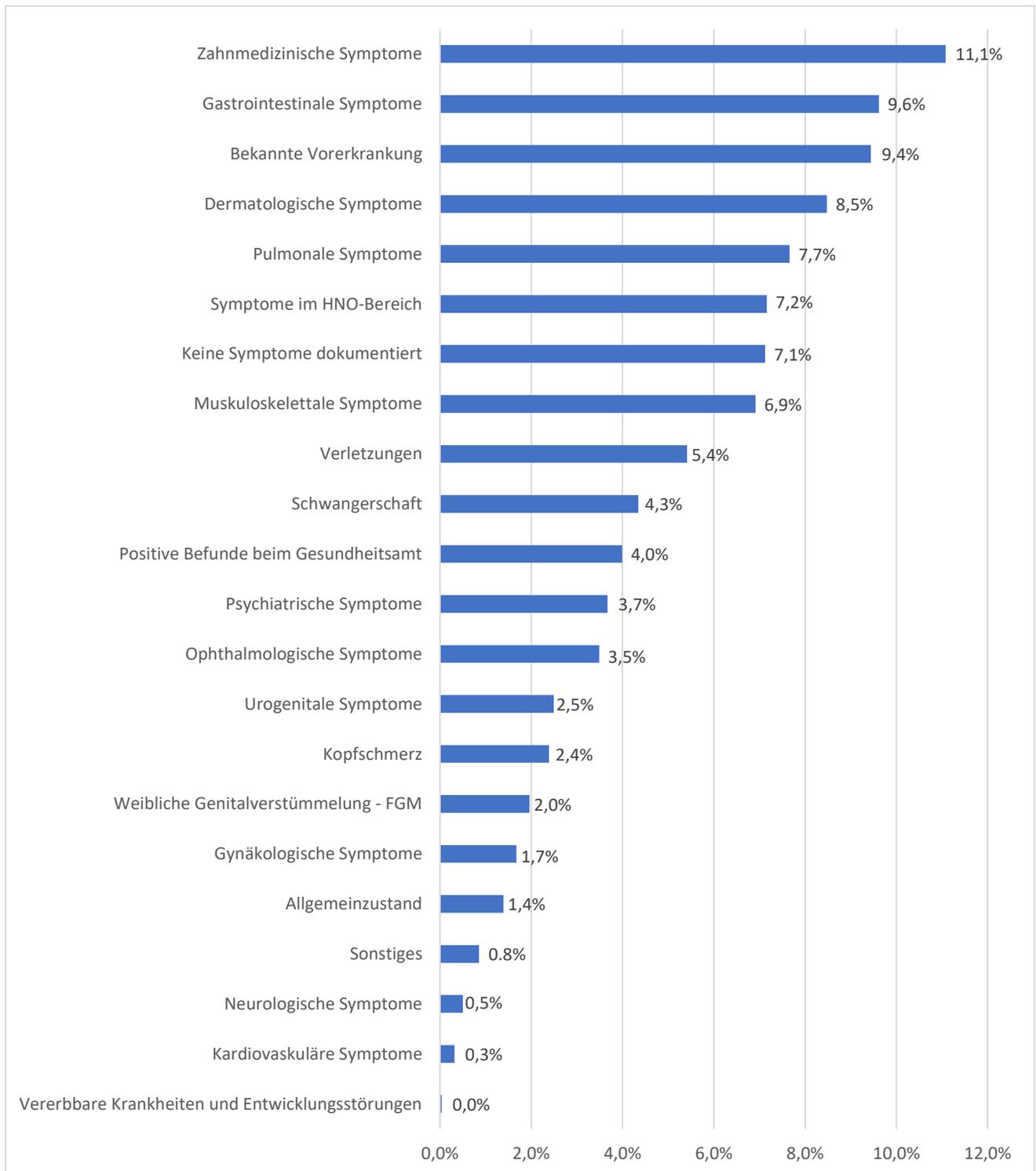


Abbildung 13: Relative Häufigkeit der Symptomgruppen

Patienten mit Zahnproblemen bildeten mit 11,1% die größte Gruppe. Zu gastrointestinalen Symptomen zählten Symptome wie Bauchschmerzen, Dyspepsie, Sodbrennen und viele weitere. Sie machten mit 9,6% die zweitgrößte Gruppe aus. Darauf folgte die Gruppe der Patienten ohne Symptome, aber mit bekannten Vorerkrankungen (9,4%). Beschwerden aus dem Fachbereich der Dermatologie wurden mit einer Anzahl von 238 (8,5%) festgestellt. Darauf folgten pulmonale Symptome (7,7%) sowie Beschwerden aus dem HNO-Bereich (7,2%). In 200 Fällen (7,1%) wurden zu gestellten Diagnosen keine Symptome dokumentiert.

Nachdem nun Symptom- und Diagnosegruppen im Gesamten beschrieben wurden, werden im folgenden Abschnitt alle ICD-Gruppen genauer betrachtet. Dabei wird die Verteilung von ICD-Gruppen nach Herkunftsländern, Alter und Geschlecht, Symptomen und Therapien in jeder Gruppe betrachtet. Außerdem werden in jeder Gruppe die jeweils häufigsten Diagnosen gesondert in Augenschein genommen. Betrachtet werden die Diagnosegruppen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit.

4.5 Erkrankungen der Atemwege (J00-J99)

Erkrankungen der Atemwege machten mit 15,7% den größten Anteil an gestellten Diagnosen in der Studienpopulation aus. Insgesamt 289 Patienten hatten Diagnosen, die zu dieser Gruppe gehören, wobei die akute Infektion der oberen Atemwege, die am häufigsten gestellte Diagnose war (N = 163; 56,4%). Die nächsthäufigsten Diagnosen waren der grippale Infekt, die Tonsillitis und die akute Pharyngitis (Tabelle 7).

Tabelle 7: Gestellte Diagnosen der Gruppe "J00-J99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Akute Infektion der oberen Atemwege	163	56,4%
Grippaler Infekt	23	8,0%
Tonsillitis	22	7,6%
Akute Pharyngitis	21	7,3%
Akute Rhinitis	11	3,8%
Asthma bronchiale	10	3,5%
Bronchitis	9	3,1%
Pollinose	5	1,7%
Chronische Rhinitis	5	1,7%
Erkältung	5	1,7%
Akute Sinusitis	4	1,4%
Pneumonie	3	1,0%
Chronische Sinusitis	2	0,7%
Interstitielle Lungenerkrankung	2	0,7%
Peribronchitis	1	0,3%
Nasenscheidewanddeviation	1	0,3%
COPD	1	0,3%
Tonsillenhyperplasie	1	0,3%

Tabelle 8 zeigt die Herkunftsländer aller Patienten mit einer diagnostizierten Atemwegserkrankung. Die Verteilung ähnelt der Verteilung der Gesamtpopulation. Patient aus Irak und der Republik Moldau machen einen höheren Anteil der Patienten aus als in der Gesamtpopulation; Äthiopier und Nigerianer einen etwas geringeren Anteil.

Die Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe J00-J99 entsprach nicht der Altersverteilung der Gesamtpopulation (Tabelle 102 im Anhang). Insgesamt 43,6% (N = 126) der Patienten waren Kinder unter 11 Jahren. Diese Gruppe hatte einen Zuwachs von 20,5% verglichen mit der Gesamtpopulation. Als zweitgrößte Gruppe folgten die 31- bis 40-Jährigen mit einem Anteil von 18,7%. Die 21- bis 30-Jährigen, die den größten Anteil in der Gesamtpopulation ausmachten, hatten einen Anteil von 16,3%. Bei ihnen ergab sich eine Abweichung von -15,3% im Vergleich zu allen Patienten.

Tabelle 8: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "J00-J99"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	125	43,3%	+5,0%
Republik Moldau	95	32,9%	+6,2%
Äthiopien	27	9,3%	-4,9%
Nigeria	20	6,9%	-6,6%
Syrien	13	4,5%	+0,1%
Ukraine	4	1,4%	+0,9%
Eritrea	3	1,0%	+0,3%
Ägypten	1	0,3%	+0,2%
Unbekannt	1	0,3%	+0,3%

Atemwegserkrankungen wurden etwas häufiger bei männlichen Patienten (N = 156; 53,9%) diagnostiziert als bei weiblichen (N = 133; 46,1%). Dies ähnelt der Verteilung in der Gesamtpopulation.

Insgesamt 15 verschiedene Symptomgruppen wurden bei Patienten mit einer Diagnose der Gruppe J00-J99 beschrieben. Die Kombination aus Husten, Schnupfen und Halsschmerzen machte die größte Gruppe aus (N = 123; 43,6%). Darauf folgen die einzelnen Symptome Halsschmerzen (N = 77; 26,6%), Husten (N = 27; 9,3%) und Schnupfen (N = 20; 6,9%). Die vollständige Tabelle befindet sich im Anhang (Tabelle 103).

Fast alle der 289 Patienten mit einer diagnostizierten Atemwegserkrankung benötigten eine medikamentöse Therapie (96,9%). Fünf Patienten (1,7%) wurden zum Pädiater überwiesen und bei zwei Patienten (0,7%) war keine Therapie notwendig. Das Krankheitsbild hatte bei zwei Patienten einen Krankenhausaufenthalt zur Folge.

Akute Infektion der oberen Atemwege

Die Diagnose **akute Infektion der oberen Atemwege** wird aufgrund ihrer Häufigkeit gesondert betrachtet. Insgesamt gab es 163 Patienten mit dieser Diagnose. Dies machte 11,0% aller Patienten und 56,4% der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe J00-J99 aus.

Betrachtet man die Herkunftsländer der Patienten mit dieser Diagnose, so ergab sich – in Relation zur Verteilung in der Gesamtpopulation – ein erhöhter Anteil an Patienten aus dem Irak, der Republik Moldau und Syrien. Äthiopier und Nigerianer machten einen geringeren Anteil aus als in der Gesamtpopulation. Bei einem Patienten war das Herkunftsland unbekannt (Tabelle 104 im Anhang).

Die akute Infektion der oberen Atemwege wurde gehäuft bei Kindern unter 11 Jahren gestellt (Tabelle 9). Alle anderen Altersgruppen stellten, verglichen mit der Gesamtpopulation, einen geringeren Anteil dar. Die Gruppe der Patienten zwischen 31 und 40 Jahren machte die zweitgrößte Gruppe aus. Es gab mit dieser Diagnose keinen Patienten, der älter war als 60 Jahre.

Tabelle 9: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "akute Infektion der oberen Atemwege"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	88	54,0%	+30,9%
11-20 Jahre	13	8,0%	-5,6%
21-30 Jahre	21	12,9%	-18,7%
31-40 Jahre	31	19,0%	+1,6%
41-50 Jahre	7	4,3%	-4,2%
51-60 Jahre	3	1,8%	-2,4%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Über die Hälfte (N = 87; 53,4%) der Patienten mit dieser Diagnose war männlich.

Die Patienten beschrieben neun verschiedene Symptomgruppen. Dabei war die Kombination aus Husten, Schnupfen und Halsschmerzen die größte Gruppe mit 97 Patienten (59,51%). Darauf folgten die einzelnen Symptome Halsschmerzen, Husten und Fieber. Die weiteren Symptome wurden jeweils mit einem Anteil von unter 2% angegeben (Tabelle 105 im Anhang). 158 Patienten (96,9%) benötigten eine medikamentöse Therapie. Bei fünf Patienten (3,1%) wurde keine Therapie benötigt.

4.6 Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)

Die Gruppe K00-K93 machte mit 14,0% (257 Diagnosen) die zweitgrößte Gruppe an gestellten Diagnosen aus, wobei insgesamt 23 verschiedene Einzeldiagnosen dokumentiert wurden. Die vier häufigsten Diagnosen waren **Zahnschmerzen** (N = 103; 40,1%), **akute Gastritis** (N = 54; 21,0%), **Obstipation** (N = 17; 6,6%) und **akute Gastroenteritis** (N = 14; 5,4%). Alle weiteren Diagnosen wurden in der Studienpopulation nicht öfter als achtmal gestellt. Eine vollständige Tabelle mit allen Diagnosen befindet sich im Anhang (Tabelle 106).

Tabelle 10: Die häufigsten gestellten Diagnosen der Gruppe "K00-K93"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Zahnschmerzen	103	40,1%
Akute Gastritis	54	21,0%
Obstipation	17	6,6%
Akute Gastroenteritis	14	5,4%
Kariesbefall	8	3,1%
Refluxösophagitis	8	3,1%
Dyspepsie	8	3,1%
Orale Aphten	8	3,1%
Hernie	7	2,7%
Hämorrhoiden	5	1,9%

Fast die Hälfte der Patienten (N = 126; 49,0%) mit einer Diagnose aus der Gruppe Verdauungskrankheiten kam aus dem Irak (Tabelle 107 im Anhang). Insgesamt 46 Patienten (17,9%) stammten aus der Republik Moldau und 37 Patienten (14,4%) aus Äthiopien. Es gab insgesamt 30 Patienten (11,7%) aus Nigeria und 10 Patienten (3,9%) aus Syrien mit einer Diagnose dieser Gruppe.

Die Altersverteilung der Patienten entsprach in etwa der Verteilung in der Gesamtpopulation. Während der Anteil der 0- bis 20-Jährigen etwas niedriger war, war der Anteil der 31- bis 50-Jährigen erhöht. Eine vollständige Tabelle befindet sich im Anhang (Tabelle 108).

40,1% (N = 103) der Diagnosen wurden bei Frauen, 59,9% (N = 154) bei Männern gestellt. Das Symptom, das am häufigsten bei einer Erkrankung des Verdauungssystems genannt wurde, waren Zahnschmerzen. Darauf folgte das Symptom Bauchschmerzen. Alle weiteren Symptome kamen nicht öfter als neunmal vor (Tabelle 109 im Anhang).

Insgesamt 120 Patienten (46,7%) benötigten aufgrund ihrer Diagnose eine medikamentöse Therapie. 108 Patienten (42,0%) wurden zum Zahnarzt überwiesen. Bei elf Patienten (4,3%) zog die Diagnose einen Krankenhausaufenthalt nach sich; bei sieben Patienten (2,7%) war keine Therapie erforderlich. Alle weiteren Maßnahmen wurden nicht öfter als dreimal durchgeführt (Tabelle 110 im Anhang).

Zahnschmerzen

Innerhalb der Gruppe der diagnostizierten Erkrankungen des Verdauungstraktes waren **Zahnschmerzen** die häufigste Diagnose (N = 103; 40,0%).

Die meisten Patienten mit dieser Diagnose kamen aus dem Irak (N = 58; 56,3%). Die zweitgrößte Gruppe bildeten Patienten aus der Republik Moldau (N = 24; 23,3%). Zehn Patienten (9,7%) kamen aus Äthiopien, fünf Patienten (4,9%) aus Syrien und vier aus Nigeria (3,9%).

Verglichen mit der Gesamtpopulation waren Patienten aus dem Irak besonders häufig von Zahnschmerzen betroffen (+ 18,0%). Patienten aus Nigeria hatten eine relativ geringe Anzahl an Diagnosen (- 9,6%).

Die Altersverteilung der Patienten entsprach in etwa der Altersverteilung der Gesamtpopulation, wobei der Anteil der 0- bis 20-Jährigen im Vergleich zur Gesamtpopulation geringer und der der 21- bis 50-Jährigen höher war (Tabelle 111 im Anhang).

Insgesamt 39,8% (N = 41) der Personen mit Zahnschmerzen waren weiblich, 60,2% (N = 62) waren männlich. Alle Patienten mit der Diagnose Zahnschmerzen gaben dies auch als Hauptsymptom an. Ebenso wurden alle Patienten mit dieser Diagnose zum Zahnarzt überwiesen.

Akute Gastritis

Die akute Gastritis ist mit 21,0% die zweithäufigste Diagnose aus der Gruppe der gastrointestinalen Erkrankungen.

Der größte Anteil (N = 28; 51,9%) der Patienten mit einer akuten Gastritis kam aus dem Irak (Tabelle 112 im Anhang). Auch im Vergleich zur Gesamtpopulation waren Patienten aus dem Irak häufiger vertreten (+13,6%).

Die meisten Patienten mit einer akuten Gastritis waren zwischen 21 und 30 Jahre alt (N = 22; 40,7%). Darauf folgten Patienten der Altersgruppen 31 bis 40 Jahre (N = 13; 24,1%) sowie 11 bis 20 Jahre (N = 7; 13,0%). In allen weiteren Altersgruppen wurde die Diagnose nicht öfter als dreimal gestellt (Tabelle 113 im Anhang).

Insgesamt 42,6% (N = 23) der Diagnosen wurden bei Frauen gestellt, 57,4% (N = 31) der Diagnosen bei Männern.

Die meisten der Patienten 94,4% (N = 51) gaben das Hauptsymptom Bauchschmerzen an. Jeweils ein Patient hatte die Hauptsymptome Dyspepsie, Sodbrennen oder Durchfall.

Bei 96,3% (N = 52) Patienten war eine medikamentöse Therapie erforderlich. Ein Patient benötigte keine Therapie und bei einem weiteren wurde keine Therapie durchgeführt, da die Kosten nicht übernommen wurden.

4.7 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)

Nach den Krankheiten des Atmungs- bzw. Verdauungssystems machten Infektions- und parasitäre Krankheiten mit 11,1% die drittgrößte Gruppe der gestellten Diagnosen aus. Dies betraf insgesamt 203 Personen. Die häufigsten Einzeldiagnosen dieser Gruppe waren **Scabies**, **chronische Hepatitis B**, **Helicobacter pylori** und **Kopfläuse** (Tabelle 11). Jeweils elf Patienten erhielten die Diagnose **Mykose** oder hatten eine **HIV-Infektion**. Alle weiteren Diagnosen wurden nicht öfter als neunmal gestellt (Tabelle 70 im Anhang).

Tabelle 11: Die häufigsten Diagnosen aus der Gruppe "A00-B99"

Diagnose	Patientenzahl	Prozent
Scabies	29	14,3%
Chronische Hepatitis B	27	13,3%
Infektion mit Helicobacter pylori	20	9,9%
Kopfläuse	20	9,9%
Mykose	11	5,4%
HIV	11	5,4%
Abgelaufene Hepatitis B	9	4,4%
Latente Tuberkulose	8	3,9%
Herpes labialis	5	2,5%

Patienten mit einer Diagnose dieser Gruppe kamen aus 13 verschiedenen Herkunftsstaaten (Tabelle 12). Verglichen mit der Gesamtpopulation zeigte sich ein erhöhter Anteil an Patienten aus der Republik Moldau (+3,4%) und Äthiopien (+8,9%), sowie ein verringerter Anteil an Patienten aus Irak (-13,2%) und Nigeria (-1,7%).

Die Altersverteilung der Personen ähnelte der Verteilung der Gesamtpopulation (Tabelle 71 im Anhang). Die größten Abweichungen gab es in der Gruppe der 31- bis 40-Jährigen (+5,2%) und der 41- bis 50-Jährigen (+4,4%). Von den 203 Patienten mit einer Diagnose dieser Gruppe waren mehr als die Hälfte männlich (N = 119; 58,6%).

Tabelle 12: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "A00-B99"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Republik Moldau	61	30,0%	+3,4%
Irak	51	25,1%	-13,2%
Äthiopien	47	23,2%	+8,9%
Nigeria	24	11,8%	-1,7%
Eritrea	5	2,5%	+1,7%
Syrien	5	2,5%	-1,9%
Burkina Faso	3	1,5%	+1,4%
Pakistan	2	1,0%	+0,8%
Sudan	1	0,5%	+0,3%
Mali	1	0,5%	+0,3%
Ukraine	1	0,5%	+0,0%
Iran	1	0,5%	+0,1%
Libanon	1	0,5%	+0,4%

Die Symptome der Patienten dieser Gruppe waren divers (Tabelle 13). Die meisten der infektiologischen Erkrankungen wurden im Rahmen der Erstuntersuchung des Gesundheitsamtes festgestellt. Die vollständige Tabelle befindet sich im Anhang (Tabelle 72).

Tabelle 13: Die häufigsten Symptome und Gründe für den Arztbesuch der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "A00-B99"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
HBV Viruslast in der Erstuntersuchung	34	16,7%
Effloreszenzen im Sinne von Scabies	29	14,3%
Juckreiz	20	9,9%
Bauchschmerzen	19	9,4%
Bekannte Vorerkrankung	19	9,4%
Pilz	16	7,9%
HIV Test positiv in der Erstuntersuchung	10	4,9%
Keine Symptome	9	4,4%
Quantiferontest positiv in der Erstuntersuchung	6	3,0%
Würmer im Stuhl bemerkt	4	2,0%
Auffälliger Befund im Röntgenthorax im Rahmen der Erstuntersuchung	4	2,0%

Infektions- und parasitäre Erkrankungen wurden überwiegend medikamentös therapiert (N = 126; 62,1%). Insgesamt 33 Patienten (16,3%) wurden an einen Facharzt überwiesen, davon waren 27 Überweisungen (13,3%) an einen Infektiologen. Bei neun Personen kam es im Zuge der Erkrankung zu einem Krankenhausaufenthalt (Tabelle 73 im Anhang).

Im Folgenden werden die drei häufigsten Diagnosen (Scabies, chronische Hepatitis B und eine Infektion mit *Helicobacter pylori*) aus der Gruppe der infektiösen und parasitären Erkrankungen gesondert betrachtet.

Scabies

Die Diagnose Scabies war die häufigste der gestellten Diagnosen aus der Gruppe der infektiologischen und parasitären Krankheiten (N = 29; 14,3%).

Personen mit der Diagnose Scabies kamen aus acht verschiedenen Herkunftsstaaten (Tabelle 14), wobei Patienten aus dem Irak mit 18 Patienten, auch im Vergleich zur Gesamtpopulation, am häufigsten vertreten waren.

Tabelle 14: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Scabies"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	18	62,1%	+23,8%
Eritrea	2	6,9%	+6,2%
Äthiopien	2	6,9%	-7,3%
Nigeria	2	6,9%	-6,6%
Syrien	2	6,9%	+2,5%
Pakistan	1	3,4%	+3,2%
Iran	1	3,4%	+3,0%
Libanon	1	3,4%	+3,3%

Patienten mit der Diagnose Scabies waren vor allem zwischen 21 und 40 Jahre alt (Tabelle 15). Fünf Scabies-Fälle wurden bei der Gruppe der 0- bis 10-Jährigen diagnostiziert.

Tabelle 15: Altersverteilung der Patienten der Patienten mit der Diagnose "Scabies"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	5	17,2%	-5,8%
11-20 Jahre	2	6,9%	-6,7%
21-30 Jahre	12	41,4%	+9,8%
31-40 Jahre	9	31,0%	+13,6%
41-50 Jahre	1	3,4%	-5,0%
51-60 Jahre	0	0,0%	-4,2%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Die meisten der 29 Diagnosen wurden bei Männern gestellt (N = 27; 93,1%). Alle Patienten mit der Diagnose Scabies zeigten typische Effloreszenzen auf der Haut als Hauptsymptom. Bei allen Patienten erfolgte eine medikamentöse Therapie.

Chronische Hepatitis B

Die Diagnose chronische Hepatitis B ist die zweithäufigste Diagnose der Gruppe der infektiösen und parasitären Erkrankungen (N = 27; 13,3%).

Personen mit der Diagnose chronische Hepatitis B stammten aus fünf verschiedenen Herkunftsstaaten (Tabelle 16). Neben den in der Gesamtpopulation häufig vorkommenden Nationalitäten wie die Republik Moldau, Äthiopien und Nigeria, stammten einige Patienten aus Syrien und Burkina Faso.

Tabelle 16: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "chronische Hepatitis B"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Republik Moldau	11	40,7%	+14,1%
Äthiopien	7	25,9%	+11,7%
Nigeria	6	22,2%	+8,7%
Syrien	2	7,4%	+3,0%
Burkina Faso	1	3,7%	+3,6%

Kein einziger Patient stammte aus dem Irak, obwohl dies die größte Bevölkerungsgruppe in der Gesamtpopulation ausmacht. Die stärkste Abweichung zeigte sich bei Personen aus Republik Moldau (+14,1%), welche 40,7% aller Patienten mit einer chronischen Hepatitis B ausmachten.

Die Altersverteilung der Patienten mit chronischer Hepatitis B zeigt Tabelle 17.

Insgesamt 81,5% der Patienten mit chronischer Hepatitis B waren zwischen 21 und 50 Jahre alt. Vier Patienten waren unter 21 Jahre alt, kein Patient war älter als 60.

Tabelle 17: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "chronische Hepatitis B"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	1	3,7%	-19,4%
11-20 Jahre	3	11,1%	-2,5%
21-30 Jahre	8	29,6%	-2,0%
31-40 Jahre	9	33,3%	+15,9%
41-50 Jahre	5	18,5%	+10,1%
51-60 Jahre	1	3,7%	-0,5%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Über die Hälfte (N = 16; 59,3%) der Patienten mit dieser Diagnose war männlich.

Bei keinem der Patienten wurde ein Hauptsymptom wie beispielsweise Fieber oder Erschöpfung dokumentiert. Die meisten Diagnosen wurden im Rahmen der Erstuntersuchung vom Gesundheitsamt gestellt.

Bei 16 der 27 Patienten (59,3%) war außer einer regelmäßigen Kontrolle keine Therapie vonnöten. Neun Patienten (33,3%) wurden in die Infektiologie überwiesen. Zwei Patienten (7,4%) wurden medikamentös therapiert.

Infektion mit *Helicobacter pylori*

Eine Infektion mit *Helicobacter pylori* war die dritthäufigste Diagnose der Gruppe der infektiösen und parasitären Krankheiten (N = 20; 9,9%). Personen mit dieser Diagnose kamen aus den Ländern, die in der Gesamtpopulation die vier häufigsten bilden (Tabelle 18). Verglichen mit der Gesamtpopulation zeigte sich vor allem bei Personen aus den afrikanischen Staaten Äthiopien und Nigeria ein Zuwachs. Patienten aus dem Irak und der Republik Moldau waren seltener von der Erkrankung betroffen.

Tabelle 18: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "*Helicobacter pylori*"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Äthiopien	7	35,0%	+20,8%
Irak	5	25,0%	-13,3%
Nigeria	4	20,0%	+6,5%
Republik Moldau	4	20,0%	-6,7%

Von einer Infektion mit *Helicobacter pylori* waren vor allem Personen zwischen 31 und 50 Jahren betroffen (Tabelle 19). Insgesamt waren Männer (N = 12) häufiger betroffen als Frauen (N = 8). Bauchschmerzen war das häufigste Hauptsymptom bei Personen mit einer *Helicobacter pylori*-Infektion. Jeweils ein Patient gab die Symptome Dyspepsie oder Blut im Stuhl an. Bei einem Patienten war kein definiertes Symptom auszumachen. 80,0% (N = 16) der Patienten benötigten eine medikamentöse Therapie. Drei Patienten (15,0%) wurden in die Gastroenterologie überwiesen. Bei einem Patienten war die Diagnose mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden.

Tabelle 19: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Helicobacter pylori"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	0	0,0%	-23,1%
11-20 Jahre	2	10,0%	-3,6%
21-30 Jahre	7	35,0%	+3,4%
31-40 Jahre	6	30,0%	+12,5%
41-50 Jahre	4	20,0%	+11,5%
51-60 Jahre	0	0,0%	-4,2%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	1	5,0%	+4,7%

4.8 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie des Bindegewebes waren mit 22 gestellten Diagnosen die viertgrößte Diagnosegruppe (8,9%) dieser Studie, wobei akute und chronische Schmerzen die häufigsten Diagnosen darstellten (Tabelle 20). Die vollständige Tabelle befindet sich im Anhang (Tabelle 117).

Tabelle 20: Die häufigsten gestellten Diagnosen der Gruppe "M00-M99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Akutes/chronisches LWS Syndrom	26	15,9%
Knieschmerzen	26	15,9%
Chronische Schmerzen	23	14,0%
Chronische Rückenschmerzen	21	12,8%
Hexenschuss (Lumbago)	16	9,8%
Nackenschmerzen	11	6,7%
LWS-BWS-HWS Syndrom	8	4,9%
Arthrose	7	4,3%
Fußschmerzen	6	3,7%
Sicca-Syndrom (Sjögren-Syndrom)	3	1,8%

Die in der Gesamtpopulation am häufigsten vertretenen Nationen waren auch in dieser Diagnosegruppe am häufigsten vertreten. Die größte Gruppe von Patienten kam aus Irak, gefolgt von der Republik Moldau, Nigeria und Äthiopien (Tabelle 21).

Tabelle 21: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "M00-M99"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	79	48,2%	+9,9%
Republik Moldau	34	20,7%	-5,9%
Nigeria	23	14,0%	+0,5%
Äthiopien	21	12,8%	-1,4%
Syrien	4	2,4%	-2,0%
Eritrea	1	0,6%	-0,1%
Iran	1	0,6%	+0,2%
Libanon	1	0,6%	+0,5%

Die Erkrankungen dieser Gruppe betrafen vor allem die über 20-Jährigen (Tabelle 22). Besonders häufig waren Patienten im Alter von 21 bis 40 Jahren betroffen. Aber auch die 51- bis 60-jährigen Patienten bildeten im Vergleich mit der Gesamtpopulation eine vergrößerte Patientengruppe.

Tabelle 22: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "M00-M99"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	3	1,8%	-21,2%
11-20 Jahre	7	4,3%	-9,3%
21-30 Jahre	57	34,8%	+3,2%
31-40 Jahre	45	27,4%	+10,0%
41-50 Jahre	19	11,6%	+3,1%
51-60 Jahre	24	14,6%	+10,4%
61-70 Jahre	9	5,5%	4,2%

Über die Hälfte der Patienten (N = 95; 57,9%) war männlich. 82,3% (N = 135) der Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen gab eine Form des körperlichen Schmerzes als Hauptsymptom an. Bei sieben Personen (4,3%) war körperliche Gewalt die Ursache für den Arztbesuch (Tabelle 118 im Anhang).

112 Personen (68,3%) benötigten eine medikamentöse Therapie, bei 20 Personen (12,2%) war keine Therapie erforderlich. 7,3% (N = 12) mussten einen Facharzt oder Spezialisten aufsuchen (Tabelle 119 im Anhang).

LWS-/BWS-/HWS-Syndrom

Die Wirbelsäulensyndrome waren die Diagnosen, die innerhalb dieser Gruppe am häufigsten gestellt werden (N = 34; 20,7%).

Personen mit einem Wirbelsäulensyndrom kamen überwiegend aus den Staaten Irak, Republik Moldau, Nigeria und Äthiopien (Tabelle 23), wobei die Iraker übermäßig stark vertreten waren (+20,5%).

Tabelle 23: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose eines Wirbelsäulensyndroms

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	20	58,8%	+20,5%
Republik Moldau	7	20,6%	-6,1%
Nigeria	4	11,8%	-1,8%
Äthiopien	3	8,8%	-5,4%

Auch hier wurden fast alle Diagnosen bei über 20-jährigen Patienten gestellt (Tabelle 120 im Anhang). Verglichen mit der Gesamtpopulation sind 31- bis 40-Jährige besonders häufig betroffen (+ 20,8%).

Die meisten Wirbelsäulensyndrome (N = 22; 64,7%) wurden bei Männern diagnostiziert.

Alle Patienten mit der Diagnose LWS-/BWS-/HWS-Syndrom gaben eine Art Schmerz als Hauptsymptom an. Insgesamt 29 Patienten (85,3%) gaben Rückenschmerzen als Hauptsymptom an. Bei drei Patienten (8,8%) wurden akute Schmerzen dokumentiert. Zwei Patienten (5,9%) gaben generelle chronische Schmerzen als Hauptsymptom an.

Der überwiegende Teil der Patienten benötigte eine medikamentöse Therapie (N = 27; 79,4%).

Alle weiteren Therapien wurden nicht öfter als zweimal verschrieben (Tabelle 121 im Anhang).

4.9 Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Die Gruppe der psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen machte mit 118 Diagnosen (6,5%) den fünftgrößten Anteil an gestellten Diagnosen aus. Aus dieser Gruppe wurden 21 verschiedene Diagnosen gestellt, wobei **posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen, Depressive Episoden, Entwicklungsstörungen und Schizophrenie** die fünf häufigsten Diagnosen darstellten (Tabelle 24). Alle weiteren Diagnosen wurden nicht öfter als viermal gestellt (Tabelle 83 im Anhang).

Tabelle 24: Die häufigsten gestellten Diagnosen der Gruppe "F00-F99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
PTBS	49	41,5%
Depression akut, psychosomatisch	12	10,2%
Depressive Episode	10	8,5%
Entwicklungsstörung	8	6,8%
Schizophrenie	6	5,1%
Anpassungsstörung	4	3,4%
Psychogener Anfall	3	2,5%
Enuresis nocturna (Bettnässen)	3	2,5%
Depressive Episode	3	2,5%

Der Verteilung der Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe F00-F99 entsprach nicht der Verteilung in der Gesamtpopulation (Tabelle 25). Iraker machten mit 49

Patienten (41,5%) den größten Anteil aus, gefolgt von der Gruppe der Äthiopier und Nigerianer. Patienten aus der Republik Moldau hatten mit sieben Patienten (5,9%) einen vergleichsweise geringen Anteil (-20,7%).

Tabelle 25: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "F00-F99"

Herkunftsland	Anzahl Patienten	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	49	41,5%	+3,2%
Äthiopien	38	32,2%	+18,0%
Nigeria	12	10,2%	-3,4%
Syrien	8	6,8%	+2,4%
Republik Moldau	7	5,9%	-20,7%
Sierra Leone	2	1,7%	+1,6%
Eritrea	1	0,8%	+0,1%

In allen Altersklassen außer bei den über 70-Jährigen fanden sich Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe F00-F99 (Tabelle 26).

Tabelle 26: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "F00-F99"

Alter	Anzahl Patienten	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	9	7,6%	-15,4%
11-20 Jahre	16	13,6%	+0,0%
21-30 Jahre	47	39,8%	+8,2%
31-40 Jahre	24	20,3%	+2,9%
41-50 Jahre	13	11,0%	+2,6%
51-60 Jahre	5	4,2%	+0,0%
61-70 Jahre	4	3,4%	+2,1%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

38,1% (N = 45) der Diagnosen wurden bei Patientinnen gestellt, 61,9% (N = 73) bei Patienten. Somit gingen, verglichen mit der Gesamtpopulation, 10,3% mehr Diagnosen an Männer als an Frauen.

Insgesamt wurden 18 verschiedene Hauptsymptome dokumentiert (Tabelle 27). Davon war „Schlafstörungen, Grübeln, Ängste“ mit 64 Diagnosen (54,2%) das am häufigsten vorkommende Symptom dieser Gruppe. Bei 15 Patienten (12,7%) war die Diagnose schon bekannt. Bei 12 Patienten (10,2%) war die Diagnose Folge von körperlicher Gewalt. Vier Patientinnen (3,4%) gaben an, in der Vergangenheit vergewaltigt worden zu sein. Weitere vier Patienten hatten keine dokumentierten Symptome.

Tabelle 27: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "F00-F99"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Schlafstörungen, Grübeln, Ängste	64	54,2%
Bekannte Vorerkrankung	15	12,7%
Körperliche Gewalt	12	10,2%
Vergewaltigung	4	3,4%
Keine Symptome	4	3,4%
Suizidalität	3	2,5%
Psychogener Anfall	2	1,7%
Bettnässen	2	1,7%
Stimmen hören	2	1,7%
Sexuelle Gewalt	2	1,7%
Sexueller Missbrauch	1	0,8%
Akute Panikattacke	1	0,8%
Sprechstörung	1	0,8%
Entwicklungsstörung	1	0,8%
Husten	1	0,8%
chronische Schmerzen	1	0,8%
nächtliches Zähneknirschen	1	0,8%
Schmerzen an der Brust	1	0,8%

Die Überweisung zum Psychiater war die häufigste Folge (N = 68; 57,6%) einer Diagnose aus der Gruppe F00-F99. Darauf folgte die medikamentöse Therapie (N = 17; 14,4%). Bei 14 Patienten (11,9%) war keine Therapie indiziert. Sechs Patienten (5,1%) wurden zum Kinderarzt überwiesen, bei fünf Patienten (4,2%) zog die Diagnose einen Krankenhausaufenthalt mit sich (Tabelle 84 im Anhang).

Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) machte 41,5% der gestellten Diagnosen aus der Gruppe F00-F99 aus und war damit die am häufigsten gestellte Diagnose dieser Gruppe. Die meisten Patienten mit einer PTBS kamen aus Äthiopien und dem Irak (jeweils N = 18; 36,7%), darauf folgten Patienten aus Syrien (N = 6; 12,2%) und Nigeria (N = 5; 10,2%) (Tabelle 28). Verglichen mit der Gesamtpopulation waren Personen aus Äthiopien besonders häufig betroffen (+22,5%).

Tabelle 28: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Posttraumatische Belastungsstörung"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Äthiopien	18	36,7%	+22,5%
Irak	18	36,7%	-1,6%
Syrien	6	12,2%	+7,8%
Nigeria	5	10,2%	-3,3%
Republik Moldau	1	2,0%	-24,6%
Sierra Leone	1	2,0%	+2,0%

Die Gruppe der 21- bis 30-Jährigen machte die größte Altersgruppe der Patienten mit der Diagnose PTBS aus (N = 20; 40,82%). Darauf folgten die 31- bis 40-Jährigen (N = 11; 22,4%) und 11- bis 20-Jährigen (N = 8; 16,3%). Kein Patient mit der Diagnose PTBS war jünger als 11 Jahre (Tabelle 85 im Anhang).

Über die Hälfte der Patienten (N = 27; 55,1%) mit dieser Diagnose war männlich.

Patienten mit der Diagnose PTBS gaben insgesamt fünf verschiedene Hauptsymptome an (Tabelle 86 im Anhang). Davon war der Symptomkomplex „Schlafstörungen, Grübeln, Ängste“ mit 33 Patienten (67,3%) der am häufigsten dokumentierte. Darauf folgte körperliche Gewalt als Ursache für die PTBS (N = 10; 20,4%). Drei Patienten (4,1%) mit PTBS gaben an vergewaltigt worden zu sein. Bei einem Patienten (2,0%) war sexueller Missbrauch die Ursache für die Erkrankung.

Die Überweisung zum Psychiater war die häufigste Maßnahme nach der Diagnose PTBS (N = 39; 79,6%). Vier Mal wurde eine medikamentöse Therapie verschrieben (8,2%) (Tabelle 87 im Anhang).

4.10 Krankheiten der Haut und Unterhaut (L00-L99)

Die Gruppe „L00-L99“ macht mit 112 Patienten 6,1% aller gestellten Diagnosen aus. Dabei gehörten **Ekzem**, **Akne** und **Abszess** zu den am häufigsten diagnostizierten Hauterkrankungen (Tabelle 29).

Tabelle 29: Gestellte Diagnosen der Gruppe "L00-L99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Ekzem	38	33,9%
Akne	17	15,2%
Abszess	15	13,4%
Windeldermatitis	9	8,0%
Pruritus	8	7,1%
Impetigo	6	5,4%
Haarausfall (Alopezie)	4	3,6%
generalisierter Pruritus	3	2,7%
Follikulitis	2	1,8%
Urtikaria	2	1,8%
Erythema anulare centrifugum	1	0,9%
Nagelblutung	1	0,9%
Vitiligo	1	0,9%
Neurodermitis	1	0,9%
Atherom	1	0,9%
Sonnenallergie	1	0,9%
Dermatitis	1	0,9%
Hyperkeratose	1	0,9%

Die Verteilung der Herkunftsländer ähnelte der der Gesamtpopulation. Die vier größten Gruppen waren Patienten aus dem Irak (N = 48; 42,9%), der Republik Moldau (N = 28; 25,0%), Äthiopien (N = 19; 17,0%) und Nigeria (N = 9; 8,0%). Die größte Abweichung zeigten Nigeria (-5,5%) und Irak (+4,6%).

Betroffen waren vor allem Personen zwischen 0 und 40 Jahren (Tabelle 30).

Tabelle 30: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "L00-L99"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	28	25,0%	1,9%
11-20 Jahre	23	20,5%	6,9%
21-30 Jahre	32	28,6%	-3,0%
31-40 Jahre	20	17,9%	0,4%
41-50 Jahre	7	6,3%	-2,2%
51-60 Jahre	1	0,9%	-3,3%
61-70 Jahre	1	0,9%	-0,4%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Etwas weniger als die Hälfte der Diagnosen (N = 46; 41,1%) wurde bei Frauen gestellt.

Die drei häufigsten Diagnosen entsprachen den angegebenen Symptomen. Außerdem wurden die Symptome **Dermatitis** und **Juckreiz** jeweils elf Mal (9,8%) von Patienten angegeben (Tabelle 115 im Anhang).

Insgesamt 84,8% (N = 95) der Patienten benötigten eine medikamentöse Therapie (Tabelle 116 im Anhang). Weitere häufige Maßnahmen waren Überweisungen in die Chirurgie (N = 5; 4,5%) und Wundversorgungen (N = 4; 3,6%).

4.11 Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)

Krankheiten des Urogenitalsystems bildeten mit 5,4% (N = 97) aller gestellten Diagnosen die sechstgrößte Gruppe. Die beiden häufigsten Diagnosen waren die **akute Harnwegsinfektion** (N = 34; 35,1%) und die **Infektion der Scheide durch Bakterien oder Pilze** (N = 16; 16,5%). Tabelle 31 zeigt alle gestellten Diagnosen der Gruppe.

Tabelle 31: Gestellte Diagnosen der Gruppe "N00-N99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Akute Harnwegsinfektion	34	35,1%
Bakterielle Vaginose, Scheidenpilz	16	16,5%
Chronische Niereninsuffizienz	7	7,2%
Dysmenorrhoe	7	7,2%
Zystitis (Blasenentzündung)	6	6,2%
Hodenschmerz	4	4,1%
Ovarialzyste	3	3,1%
Menorrhagie	3	3,1%
Hydronephrose	2	2,1%
Zyklusstörung	2	2,1%
Mammaschmerzen	2	2,1%
Scheidenentzündung	2	2,1%
Nierensteine	2	2,1%
Harnabflussstörung	2	2,1%
Pyelonephritis	1	1,0%
Harn-Inkontinenz	1	1,0%
Z.n. Zystektomie	1	1,0%
Phimose (Vorhautverengung)	1	1,0%
Vaginitis, Kolpitis	1	1,0%

Die vier Herkunftsstaaten, die in der Gesamtpopulation am häufigsten auftreten, sind auch hier am häufigsten vertreten (Tabelle 32). Die größte Abweichung von der Gesamtpopulation war bei Patienten aus dem Irak festzustellen (+16,3%).

Tabelle 32: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "N00-N99"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	53	54,6%	+16,3%
Republik Moldau	19	19,6%	-7,1%
Nigeria	16	16,5%	+3,0%
Äthiopien	6	6,2%	-8,0%
Syrien	1	1,0%	-3,4%
Ukraine	1	1,0%	+0,6%
Libanon	1	1,0%	+0,9%

Insgesamt 63,9% der Personen mit einer Diagnose dieser Gruppe waren zwischen 21 und 40 Jahre alt (Tabelle 122 im Anhang). Vor allem bei 31- bis 40-Jährigen ist ein vermehrtes Vorkommen dieser Diagnosen feststellbar (+13,5%). Die 0- bis 10-Jährigen hatten kaum Diagnosen dieser Gruppe (-15,9%).

Die meisten Patienten (N = 77, 79,8%) mit einer Diagnose dieser Gruppe waren weiblich.

Die vier häufigsten Symptome und Ursachen für den Arztbesuch, die bei diesen Diagnosen dokumentiert wurden, waren Brennen beim Wasserlassen, eine bekannte Vorerkrankung, Bauchschmerzen und bakterielle Vaginose/Vaginalpilz (Tabelle 123 im Anhang).

67,0% (N = 65) der Personen benötigten eine medikamentöse Therapie und 25 Personen (25,8%) wurden zu Fachärzten überwiesen. Bei zwei Patienten (2,1%) war die Diagnose mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden (Tabelle 124 im Anhang).

Akute Harnwegsinfektion

Innerhalb der Gruppe der Krankheiten des Urogenitalsystems war die akute Harnwegsinfektion die häufigste Diagnose (N = 34; 35,1%).

Die Diagnose betraf Personen aus dem Irak, der Republik Moldau, Nigeria und Äthiopien (Tabelle 33), wobei Patienten aus dem Irak besonders häufig betroffen waren.

Tabelle 33: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "akute Harnwegsinfektion"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	23	67,6%	+29,4%
Republik Moldau	5	14,7%	-12,0%
Nigeria	4	11,8%	-1,8%
Äthiopien	2	5,9%	-8,3%

Die akute Harnwegsinfektion kam in fast allen Altersgruppen, außer bei den über 60-Jährigen, vor (Tabelle 125 im Anhang), wobei die 21- bis 30-Jährigen die größte Anzahl der Diagnosen aufwiesen.

Fast alle Diagnosen der akuten Harnwegsinfektion (94,1%) betraf Frauen. Symptome waren vor allem ein Brennen beim Wasserlassen (Tabelle 34).

Tabelle 34: Symptome der Patienten mit der Diagnose "akute Harnwegsinfektion"

Symptome	Patientenzahl	Prozent
Brennen beim Wasserlassen	31	91,2%
Kopfschmerzen	1	2,9%
Bauchschmerzen	1	2,9%
Keine Regelblutung/Unregelmäßige Periode	1	2,9%

94,1% (N = 32) der Patienten wurden medikamentös therapiert. Zwei Patienten (5,9%) wurden in die Urologie überwiesen.

4.12 Verletzungen, Vergiftungen und Folgen äußerer Ursache (S00-T98)

Die Gruppe „S00-T98“ macht 4,8% (N = 89) aller gestellten Diagnosen aus. Folgende Einzel-
diagnosen wurden gestellt (Tabelle 35):

Tabelle 35: Gestellte Diagnosen aus der Gruppe "S00-T98"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Fraktur einer Extremität	21	23,6%
Schnittwunde	9	10,1%
Kontusion/Prellung	8	9,0%
Distorsion	6	6,7%
Schädel-Hirn-Trauma	6	6,7%
Wunde	6	6,7%
Schussverletzung	5	5,6%
Hämatom	4	4,5%
Vergewaltigung	3	3,4%
Sportverletzung	3	3,4%
Kopfplatzwunde	3	3,4%
Prellung des Thorax	3	3,4%
Verbrühung/Verbrennung	3	3,4%
Schädelprellung	2	2,2%
Patellarsehnenabriss	1	1,1%
Wirbelkörperfraktur	1	1,1%
Dislokation eines Fingers	1	1,1%
postoperative Blutung	1	1,1%
Riss eines oder mehrerer Bänder/Sehnen	1	1,1%
Schulterluxation	1	1,1%
Traumatische Amputation einer Extremität	1	1,1%

Die Verteilung der Herkunftsländer ähnelt der Verteilung in der Gesamtpopulation (Tabelle 137 im Anhang).

Betroffen waren vor allem Personen unter 40 Jahren (Tabelle 142 im Anhang) und kein Patient war älter als 50 Jahre alt. Mehr als zwei Drittel (N = 64; 71,9%) der Personen mit einer Diagnose dieser Gruppe waren männlich.

Alltagsverletzungen und Sportverletzungen waren die häufigste Ursache für einen Arztbesuch (Tabelle 36). Acht Personen (8,9%) erhielten eine Verletzung aufgrund von körperlicher Gewalt; sechs Personen (6,7%) hatten Schussverletzungen.

Tabelle 36: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "S00-T98"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Alltagsverletzung	35	39,3%
Sportverletzung	18	20,2%
Körperliche Gewalt	8	9,0%
Schussverletzung	6	6,7%
Akute Schmerzen	6	6,7%
Bekannte Vorerkrankung	4	4,5%
Chronische Schmerzen	3	3,4%
Vergewaltigung	2	2,2%
Verkehrsunfall	2	2,2%
Blutung	1	1,1%
Hämatom	1	1,1%
Keine Symptome	1	1,1%
Rückenschmerzen	1	1,1%
Keine Regelblutung/Unregelmäßige Periode	1	1,1%

Die Wundversorgung war in dieser Gruppe die häufigste Form der Therapie (Tabelle 37). Elf Patienten (12,4%) wurden in eine Notaufnahme geschickt und bei acht Personen (9,0%) resultierte die Diagnose in einem Krankenhausaufenthalt. Insgesamt mussten Patienten in sieben verschiedenen Fachabteilungen geschickt werden.

Tabelle 37: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "S00-T98"

Therapie	Patientenzahl	Prozent
Wundversorgung	28	31,5%
Keine Therapie	13	14,6%
Überweisung Notaufnahme	11	12,4%
Überweisung Chirurgie	8	9,0%
Krankenhausaufenthalt	8	9,0%
Medikamentöse Therapie	7	7,9%
Überweisung Unfallchirurgie	6	6,7%
Überweisung Orthopädie	3	3,4%
Überweisung Pädiatrie	1	1,1%
Überweisung Augenheilkunde	1	1,1%
Überweisung Psychiatrie	1	1,1%
Überweisung Neurochirurgie	1	1,1%
Keine Kostenübernahme	1	1,1%

4.13 Symptome, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)

Alle Symptome, die nicht in andere Gruppen eingeteilt werden können, bilden die Gruppe „R00-R99“. **Kopfschmerzen** und **Bauchschmerzen** waren dabei die häufigsten Einzeldiagnosen dieser Gruppe (Tabelle 38). Alle weiteren Diagnosen wurden nicht öfter als viermal gestellt (Tabelle 130 im Anhang). Insgesamt macht die Gruppe „R00-R99“ 4,2% (N = 78) der gestellten Diagnosen aus.

Tabelle 38: Die häufigsten gestellte Diagnosen der Gruppe "R00-R99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Kopfschmerz	33	42,3%
Bauchschmerzen	13	16,7%
Nasenbluten	4	5,1%
Nykturie	3	3,8%
Körperliche Gewalt	2	2,6%
Dyspepsie	2	2,6%

Die vier häufigsten Herkunftsländer der Gesamtpopulation waren auch hier am häufigsten vertreten, allerdings mit veränderter Verteilung. Den größten Zuwachs hatten Patienten aus Äthiopien; Personen aus Irak und der Republik Moldau hatten einen leicht verringerten Anteil verglichen mit der Gesamtpopulation (Tabelle 131 im Anhang).

Die Altersverteilung ähnelte der der Gesamtpopulation. Alle Altersgruppen außer die über 70-jährigen waren vertreten (Tabelle 132 im Anhang). Verglichen mit der Gesamtpopulation waren Patienten zwischen 41 und 50 Jahren etwas häufiger betroffen (+8,2%). Etwas mehr als die Hälfte (N = 40; 51,3%) der Patienten mit einer Diagnose dieser Gruppe war weiblich.

Da es sich bei dieser ICD-10-Gruppe um eine Zusammenfassung von Symptomen handelt, entspricht die Diagnose meist dem angegebenen Symptom. Auch hier sind **Kopfschmerzen**, **Bauchschmerzen** und **Nasenbluten** die drei häufigsten. Alle weiteren Symptome wurden nicht öfter als dreimal angegeben (Tabelle 133 im Anhang).

Auch in der Therapie machte sich das große Spektrum an Fachrichtungen bemerkbar. Insgesamt wurden Personen mit einer Diagnose dieser Gruppe zu acht verschiedenen Spezialisten überwiesen (Tabelle 39). Bei 69,2% (N = 54) war jedoch eine medikamentöse Therapie vonnöten.

Tabelle 39: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "R00-R99"

Therapie	Patientenzahl	Prozent
Medikamentöse Therapie	54	69,2%
Keine Therapie	7	9,0%
Überweisung Neurologie	3	3,8%
Krankenhausaufenthalt	3	3,8%
Überweisung Pädiatrie	2	2,6%
Überweisung Gynäkologie	2	2,6%
Überweisung Gastroenterologie	2	2,6%
Überweisung Psychiatrie	1	1,3%
Überweisung Chirurgie	1	1,3%
Überweisung Urologie	1	1,3%
Überweisung Logopädie	1	1,3%
Körperliche Übungen	1	1,3%

Kopfschmerz

Da Kopfschmerz mit 42,3% (N = 33) der Diagnosen dieser Gruppe das häufigste Symptom darstellte, wird diese Diagnose gesondert betrachtet.

Verglichen mit der Gesamtpopulation betraf die Diagnose Kopfschmerz vor allem Personen aus Äthiopien (Tabelle 40).

Tabelle 40: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Kopfschmerz"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	12	36,4%	-1,9%
Äthiopien	10	30,3%	+16,1%
Republik Moldau	8	24,2%	-2,4%
Nigeria	1	3,0%	-10,5%
Ägypten	1	3,0%	+2,9%
Libanon	1	3,0%	+2,9%

Betroffen waren vor allem Personen zwischen 41 und 50 Jahren (Tabelle 134 im Anhang). Absolut gesehen wurden die meisten Diagnosen bei den 21- bis 30-Jährigen gestellt. Rund die Hälfte (N = 17; 51,5%) der Patienten mit der Diagnose Kopfschmerz war männlich.

Nicht alle Personen gaben auch Kopfschmerzen als Hauptsymptom an. Bei zwei Personen (6,1%) waren Bauchschmerzen das Hauptsymptom (Tabelle 135 im Anhang). Bei jeweils einem Patienten waren **Schlafstörungen, Grübeln, Ängste** oder **Körperliche Gewalt** die Ursache für den Arztbesuch.

Obwohl die meisten Patienten eine medikamentöse Therapie bekamen, mussten vier Personen zu einem Facharzt überwiesen werden (Tabelle 136 im Anhang). Bei einer Person reichten körperliche Übungen als Therapie aus.

4.14 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)

Bei Diagnosen, die in die Gruppe „Z00-Z99“ einzuordnen sind, handelt es sich weniger um akute Erkrankungen als um die Nachsorge von gewissen Krankheiten und Prozederes. **FGM** (weibliche Genitalverstümmelung) war die am häufigsten gestellte Diagnose dieser Gruppe (Tabelle 41). Dabei wurde nicht zwischen den einzelnen WHO Typen unterschieden. **Kontrazeption** ist die zweithäufigste Diagnose dieser Gruppe, gefolgt von Z.n. Apoplex sowie Folter.

Tabelle 41: Gestellte Diagnosen der Gruppe "Z00-Z99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
FGM	54	77,1%
Kontrazeption	8	11,4%
Z.n. Apoplex	2	2,9%
Folter	2	2,9%
Z.n. Aortokoronarer Venenbypass	1	1,4%
Z.n. Vollständiger oder teilweiser Nephrektomie	1	1,4%
Überwachung einer Risikoschwangerschaft	1	1,4%
Abhängig vom Hustenunterstützungsgerät	1	1,4%

Die meisten Personen aus dieser Diagnosegruppe kamen aus Nigeria und Äthiopien (N = 58; 82,8%). Acht Personen (11,4%) stammten aus dem Irak. Es fällt auf, dass Diagnosen der Gruppe „Z00-Z99“ sehr häufig bei Personen aus Nigeria und Äthiopien gestellt wurden (Tabelle 42).

Tabelle 42: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "Z00-Z99"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Nigeria	33	47,1%	+33,6%
Äthiopien	25	35,7%	+21,5%
Irak	8	11,4%	-26,9%
Eritrea	1	1,4%	+0,7%
Syrien	1	1,4%	-3,0%
Republik Moldau	1	1,4%	-25,2%
Sierra Leone	1	1,4%	+1,4%

Insgesamt 80,0% (N = 56) der Personen waren zwischen 21 und 40 Jahre alt (Tabelle 139 im Anhang). Fast alle Personen (N = 66; 94,3%) mit einer Diagnose dieser Gruppe waren weiblich.

Tabelle 43 zeigt die Symptome bzw. Gründe für den Arztbesuch, die im Zusammenhang mit einer Diagnose der Gruppe „Z00-Z99“ dokumentiert wurden.

Tabelle 43: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "Z00-Z99"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
FGM	55	78,6%
Keine Symptome	9	12,9%
Bekannte Vorerkrankung	3	4,3%
Körperliche Gewalt	2	2,9%
Risikoschwangerschaft	1	1,3%

Auch hier macht die weibliche Genitalverstümmelung die häufigste Ursache für den Arztbesuch aus.

Die meisten Personen mit einer Diagnose dieser Gruppe benötigten keine Therapie (N = 59; 84,3%). Eine medikamentöse Therapie war bei neun Patienten (12,9%) erforderlich. Zwei Personen (2,8%) wurden in die Gynäkologie überwiesen.

Female Genital Mutilation

Insgesamt 54 Frauen gaben an, im Laufe ihres Lebens eine Form der weiblichen Genitalverstümmelung (Typ 1, 2, 3 oder 4) erlebt zu haben. Die Genitalverstümmelung wurde im Rahmen eines Screenings (körperliche Untersuchung + Anamnese) bei der Gynäkologin vor Ort festgestellt.

Frauen mit einer weiblichen Genitalverstümmelung kamen vor allem aus den afrikanischen Staaten Nigeria und Äthiopien (Tabelle 44).

Tabelle 44: Herkunftsländer der Patientinnen mit der Diagnose "FGM"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Nigeria	31	58,5%	+45,0%
Äthiopien	20	37,7%	+23,5%
Irak	1	1,9%	-36,4%
Sierra Leone	1	1,9%	+1,8%

96,2% (N = 51) der Frauen waren zwischen 11 und 40 Jahre alt. Zwei Frauen (3,8%) waren zwischen 40 und 50 Jahre alt (Tabelle 45).

Tabelle 45: Altersverteilung der Patientinnen mit der Diagnose "FGM"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	0	0,0%	-23,1%
11-20 Jahre	8	15,1%	+1,5%
21-30 Jahre	30	56,6%	+25,0%
31-40 Jahre	13	24,5%	+7,1%
41-50 Jahre	2	3,8%	-4,7%
51-60 Jahre	0	0,0%	-4,2%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

4.15 Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)

Bei insgesamt 68 Patienten (3,7%) wurde eine Erkrankung des Kreislaufsystems festgestellt. Dabei wurden 15 verschiedene Einzeldiagnosen identifiziert (Tabelle 46), wobei die arterielle Hypertonie mit 45 Patienten die häufigste Diagnose war (66,2%).

Tabelle 46: Gestellte Diagnosen der Gruppe "I00-I99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Arterielle Hypertonie	45	66,2%
Angina Pectoris	3	4,4%
Mitralklappeninsuffizienz	3	4,4%
Links-/Rechtsherzinsuffizienz	3	4,4%
Kreislaufdysregulation	2	2,9%
Varicosis (Krampfadern)	2	2,9%
Kardiomyopathie	2	2,9%
Akuter Myokardinfarkt	1	1,5%
Koronare Dreifäßerkrankung	1	1,5%
Hypertensive Herzkrankheit	1	1,5%
Koronare Herzkrankheit	1	1,5%
Trikuspidalinsuffizienz	1	1,5%
Arteriosklerose	1	1,5%
Aneurysma	1	1,5%
Vorhofflimmern	1	1,5%

Die Verteilung der Herkunftsländer der Patienten mit Krankheiten des Kreislaufsystems entsprach nicht der Verteilung in der Gesamtpopulation (Tabelle 98 im Anhang). Patienten aus der Republik Moldau, die in der Gesamtpopulation 27% der Patienten ausmachten, waren in dieser Gruppe mit 50,0% (N = 34) vertreten.

Auch die Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe I00-I99 entsprach nicht der Altersverteilung in der Gesamtpopulation (Tabelle 99 im Anhang). Patienten der Gruppe 51 bis 60 Jahre machten mit 38,2% (N = 26) den größten Anteil aus. Darauf folgten die 41- bis 50-Jährigen mit 25,0% (N = 17) und die 31- bis 40-Jährigen mit 13,2% (N = 9).

Über die Hälfte (N = 39; 57,3%) der Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe der Kreislaufkrankheiten war männlich.

Die meisten Patienten, bei denen eine Kreislaufkrankheit diagnostiziert wurde, hatten keine Symptome angegeben. Bei 73,5% (N = 50) war die Erkrankung schon bekannt. Bei elf Patienten (16,2%) war trotz fehlender Symptome keine Vorerkrankung bekannt. Meist waren diese Patienten aus anderen Gründen beim Arzt und der Befund wurde nur zufällig erhoben. Alle weiteren beschriebenen Symptome wurden von nicht mehr als jeweils zwei Patienten beschrieben (Tabelle 100 im Anhang).

Bei den meisten Patienten war eine medikamentöse Therapie ausreichend (N = 56; 82,4%). Facharztüberweisungen erfolgten in die Kardiologie (N = 5; 7,4%) und in die Gefäßchirurgie (N = 1; 1,5%). Bei vier Patienten (5,9%) war keine Therapie vonnöten. Ein Patient erhielt Kompressionsstrümpfe. Bei ebenfalls einem Patienten zog die Diagnose einen Krankenhausaufenthalt nach sich.

Arterielle Hypertonie

Innerhalb der Gruppe der Kreislauferkrankungen war die arterielle Hypertonie die meistgestellte Diagnose (N = 45; 66,2%).

Patienten aus der Republik Moldau und Iraker machten die beiden größten Gruppen mit der Diagnose arterielle Hypertonie aus (Tabelle 47).

Tabelle 47: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Arterielle Hypertonie"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Republik Moldau	20	44,4%	+17,8%
Irak	16	35,6%	-2,7%
Äthiopien	3	6,7%	-7,5%
Nigeria	3	6,7%	-6,9%
Syrien	3	6,7%	+2,3%

Die Altersverteilung der Patienten mit arterieller Hypertonie war ähnlich wie die Altersverteilung der gesamten Klasse I00-I99 (Tabelle 101 im Anhang), wobei die 51- bis 60-jährigen Patienten die größte Gruppe bildeten, gefolgt von den 41- bis 50-Jährigen. Auch hier machen die 31- bis 40-Jährigen die drittgrößte Gruppe aus.

Insgesamt 46,7% der Patienten mit arterieller Hypertonie waren weiblich (N = 21), 53,3% waren männlich (N = 24).

Bei 80% der Patienten (N = 36) war eine arterielle Hypertonie bereits bekannt. Bei acht Patienten (17,8%) wurde die Hypertonie festgestellt, ohne dass die Patienten Symptome beschrieben. Ein Patient beschrieb Schwindel als Hauptbeschwerde.

Bei 44 Patienten (97,8%) war eine medikamentöse Einstellung der Hypertonie notwendig. Bei einem Patienten war keine Therapie notwendig.

4.16 Krankheiten des Ohres (H60-H95)

Die Krankheiten des Ohres machten insgesamt 60 (3,3%) der gestellten Diagnosen aus. Aus dieser Gruppe wurden acht verschiedene Einzeldiagnosen gestellt (Tabelle 94 im Anhang). Die häufigste davon war die **akute oder chronische Otitis media** mit 31 Diagnosen (51,7%). Darauf folgte die akute Otitis externa mit zwölf Diagnosestellungen (20,0%). Die Diagnose Cerumen obturans wurde insgesamt acht Mal (13,3%) gestellt. Vier Patienten (6,7%) kamen wegen einer Hörminderung.

Patienten mit Krankheiten des Ohres kamen aus sechs verschiedenen Ländern, wobei die meisten aus der Republik Moldau (N = 25; 41,7%) und aus dem Irak (N = 24; 40,0%) stammten.

Bei den Patienten mit einer diagnostizierten Ohrenerkrankung machten die 0- bis 10-Jährigen die größte Altersklasse aus (N = 23; 38,3%), gefolgt von der Altersklasse der 21- bis 30-Jährigen (N = 12; 20,0%) (Tabelle 95 im Anhang).

Insgesamt 22 der diagnostizierten Ohrenerkrankungen (36,7%) wurden bei Frauen gestellt, 38 (63,3%) bei Männern.

Das Hauptsymptom, das am häufigsten mit einer Diagnose aus der Gruppe H60-H95 assoziiert wurde, war Ohrenscherzen (N = 45; 75,0%). Darauf folgt das Symptom Hörschwäche (N = 4; 8,3%) (Tabelle 96 im Anhang).

Bei 44 Patienten (73,33%) war eine medikamentöse Therapie erforderlich. Sieben Patienten (11,67%) wurden zum HNO-Arzt überwiesen. Bei fünf Patienten (8,33%) war eine Ohrspülung erforderlich. Drei Patienten (5,00%) benötigten keine Therapie. Ein Patient (1,67%) wurde zum Kinderarzt überwiesen.

Otitis media

Bei insgesamt 31 Patienten aus der untersuchten Studienpopulation wurde im Jahr 2018 eine Otitis media diagnostiziert. Dies macht 51,7% der Diagnosen aus der Gruppe der Ohrenerkrankungen aus. Im Folgenden wurde die Diagnose genauer betrachtet. Dabei wurde akute und chronische Otitis media zusammengefasst.

Insgesamt 51,6% (N = 16) der Patienten mit einer Otitis media kamen aus der Republik Moldau, 35,5% (N = 11) aus dem Irak.

Der größte Anteil der Patienten mit einer Otitis media bildete die Gruppe der 0- bis 10-Jährigen (Tabelle 48). In allen weiteren Altersgruppen wurde die Diagnose nicht öfter als fünf Mal gestellt. Kein Patient war älter als 50 Jahre.

Tabelle 48: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Otitis media"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	18	58,1%	+35,0%
11-20 Jahre	1	3,2%	-10,4%
21-30 Jahre	4	12,9%	-18,7%
31-40 Jahre	5	16,1%	-1,3%
41-50 Jahre	3	9,7%	+1,2%
51-60 Jahre	0	0,0%	-4,2%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

In etwas mehr als der Hälfte der Fälle waren Männer von einer Otitis media betroffen (N = 17; 54,8%).

Die meisten Patienten mit einer Otitis media gaben Ohrenscherzen als Hauptsymptom an (Tabelle 97 im Anhang).

Insgesamt 30 Patienten (96,8%) bekamen aufgrund der Diagnose eine medikamentöse Therapie. Ein Patient (3,3%) wurde in die HNO überwiesen.

4.17 Krankheiten des Auges (H00-H59)

Die Krankheiten des Auges machten mit insgesamt 59 Diagnosen 3,2% der gestellten Diagnosen aus. Aus dieser Gruppe wurden 15 verschiedene Einzeldiagnosen gestellt (Tabelle 90 im Anhang). Die häufigste davon war die Konjunktivitis mit 24 gestellten Diagnosen (40,7%). Patienten aus Irak machten den größten Anteil an Patienten mit einer Diagnose aus dieser Gruppe aus (N = 23; 39,0%) (Tabelle 91 im Anhang).

Die größte Gruppe der Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe der Augenerkrankungen waren die 11- bis 20-Jährigen (Tabelle 92 im Anhang). Darauf folgen die 0- bis 10-Jährigen und 31- bis 40-Jährigen mit jeweils elf Patienten (18,6%).

Insgesamt 42,4% (N = 25) der Diagnosen aus der Augenerkrankungen wurden bei Patientinnen und 57,6% (N = 34) bei Patienten gestellt.

Sieben verschiedene Hauptsymptome wurden mit einer Diagnose dieser Gruppe assoziiert (Tabelle 49). Davon war **Reizung der Augen (Rötung, Jucken, Schmerzen)** mit einer Anzahl von 34 (57,6%) die häufigste. Die Sehschwäche wurde mit 14 Mal als zweithäufigstes Symptom genannt.

Tabelle 49: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "H00-H59"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Reizung der Augen (Rötung, Jucken, Schmerzen)	34	57,6%
Sehschwäche	14	23,7%
Bekannte Vorerkrankung	5	8,5%
Keine Symptome	3	5,1%
Nystagmus	1	1,7%
Sportverletzung	1	1,7%
Schielen	1	1,7%

Die Hälfte der Patienten (N = 30) bekam aufgrund der Diagnose eine medikamentöse Therapie. Zwanzig Patienten (33,9%) wurden zum Augenarzt überwiesen. Bei acht Patienten (13,6%) war keine Therapie erforderlich. Ein Patient konnte nicht therapiert werden, da die Kosten hierfür noch nicht übernommen werden.

Konjunktivitis

Im Folgenden wird die Diagnose **Konjunktivitis** aufgrund ihres häufigen Vorkommens gesondert betrachtet. Diese Diagnose wurde insgesamt 24-mal gestellt, was 40,7% der Diagnosen aus der Gruppe H00-H59 ausmachte.

Patienten mit dieser Diagnose kamen aus der Republik Moldau, Irak, Äthiopien, Eritrea und Syrien, wobei Personen aus der Republik Moldau mit zehn Patienten (41,7%) die größte Gruppe ausmachten. Darauf folgten Patienten aus Irak (N = 8; 33,3%) und aus Äthiopien (N = 4; 16,7%).

Insgesamt 25,0% (N = 6) der Patienten mit der Diagnose **Konjunktivitis** waren zwischen 0 und 10 Jahren alt (Tabelle 93 im Anhang). Fünf Patienten (20,8%) waren zwischen 31 und 40 Jahren. Vier Patienten (16,7%) kamen aus der Gruppe der 11- bis 20-Jährigen.

58,3% (N = 14) der Personen mit Konjunktivitis waren weiblich, 41,7% (N = 10) waren männlich.

Alle 24 Patienten beschrieben das Symptom **Reizung der Augen (Rötung, Jucken, Schmerzen)**.

Eine medikamentöse Therapie benötigten 22 Patienten (91,7%). Zwei Patienten (8,3%) wurden zum Augenarzt überwiesen.

4.18 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)

Die Gruppe der endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten machte mit 56 Patienten 3,0% der gestellten Diagnosen aus. Im Jahr 2018 wurden bei der Gesamtpopulation insgesamt zwölf verschiedene Einzeldiagnosen aus dieser Diagnosegruppe gestellt (Tabelle 79 im Anhang). Dabei machten der **nicht insulinpflichtige** (N = 21; 37,5%) und der **insulinpflichtige** (N = 10; 17,9%) **Diabetes mellitus Typ 2** den größten Anteil der gestellten Diagnosen aus. Darauf folgte die **Hypothyreose** mit acht (14,3%) und die **Hypercholesterinämie** mit vier (7,1%) gestellten Diagnosen.

Patienten mit einer Diagnose aus dieser Gruppe kamen aus sieben verschiedenen Herkunftsländern (Tabelle 80 im Anhang). Dabei waren die Republik Moldau (N = 26; 46,4%) und Irak (N = 16; 28,6%) am stärksten vertreten, wobei Patienten aus der Republik Moldau im Vergleich zur Gesamtpopulation besonders häufig vorkamen (+19,8%).

Die Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe E00-E90 zeigte ein anderes Bild als die Altersverteilung in der Gesamtpopulation (Tabelle 81 im Anhang). Die größte Gruppe machten die 51- bis 60-Jährigen aus mit 39,3% (N = 22) aus. Darauf folgte die Gruppe der 41- bis 50-Jährigen mit 21,4% (N = 12). 19,6% der Patienten waren zwischen 31 und 40 Jahre alt.

Rund zwei Drittel (66,1%) der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe E00-E90 waren weiblich.

Bei 75,0% (N = 42) der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe E00-E99 war die Diagnose bereits bekannt. Insgesamt 12 Patienten (21,4%) zeigten keine Symptome. Jeweils ein Patient gab Brennen beim Wasserlassen und Halsschmerzen als Hauptsymptom an.

Bei 82,1% (N = 46) war eine medikamentöse Therapie vonnöten. Neun Patienten (16,1%) benötigten keine Therapie. Ein Patient wurde in die Innere Medizin überwiesen.

Diabetes mellitus Typ 2

Die Diagnose **Diabetes mellitus Typ 2** wurde aufgrund ihres häufigen Vorkommens gesondert betrachtet. Es wurde hierbei nicht zwischen einem insulinpflichtigen und eine nicht insulinpflichtigen Diabetes mellitus unterschieden.

Das Herkunftsland Republik Moldau machte mit 13 Patienten (41,94%) einen großen Teil der Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 aus (Tabelle 50). Darauf folgte das Herkunftsland Irak mit neun Patienten (29,03%).

Tabelle 50: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Diabetes mellitus Typ 2"

Herkunftsland	Anzahl Patienten	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Republik Moldau	13	41,9%	+15,3%
Irak	9	29,0%	-9,3%
Syrien	4	12,9%	+8,5%
Nigeria	3	9,7%	-3,9%
Äthiopien	1	3,2%	-11,0%
Iran	1	3,2%	+2,8%

Der größte Teil der Patienten mit der Diagnose war über 40 Jahre alt (Tabelle 82 im Anhang). Nur fünf Patienten waren jünger als 41 Jahre. Verglichen mit der Gesamtpopulation waren Patienten zwischen 51 und 60 Jahren besonders betroffen.

Fast zwei Drittel (61,3%; N = 19) der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 waren weiblich.

Bei 25 Patienten (80,7%) war die Diagnose schon bekannt. Fünf Patienten (16,1%) hatten keine dokumentierten Symptome. Ein Patient gab Brennen beim Wasserlassen als Hauptsymptom an.

Insgesamt 29 Patienten (93,6%) bekamen aufgrund der Diagnose eine medikamentöse Therapie. Bei zwei Patienten (6,4%) war keine Therapie erforderlich.

4.19 Krankheiten des Blutes (D50-D90)

Die Gruppe der Krankheiten des Blutes machte mit 42 Patienten 2,3% der gestellten Diagnosen aus. Dreizehn verschiedene Einzeldiagnosen waren aus den im Jahr 2018 gestellten Diagnosen in diese Gruppe einzuordnen (Tabelle 51). Dabei machte die Eisenmangelanämie mit 19 Patienten (45,2%) die am häufigsten gestellte Diagnose dieser Gruppe aus. Darauf folgten die Thalassämien mit fünf Patienten (11,9%).

Tabelle 51: Gestellte Diagnosen aus der Gruppe "D50-D90"

Diagnosen	Anzahl Patienten	Prozent
Eisenmangelanämie	19	45,2%
(Alpha-), (Beta-)Thalassämie	5	11,9%
Mikrozytäre Anämie	3	7,1%
Thrombopenie	3	7,1%
Anämie	3	7,1%
Polyglobulie	2	4,8%
Naevus	1	2,4%
Neutropenie	1	2,4%
Lymphangiom	1	2,4%
Sarkoidose der Lunge	1	2,4%
Hodentumor	1	2,4%
Asplenie nach Splenektomie	1	2,4%
Prostataadenom	1	2,4%

Die Verteilung der Herkunftsländer bei Patienten mit einer Diagnose dieser Gruppe entsprach nicht der Verteilung in der Gesamtpopulation (Tabelle 52). Obwohl Iraker mit 20 Patienten (47,6%) die größte Gruppe ausmachten, gab es gleich viele Patienten aus Nigeria und Republik Moldau (jeweils 7; 16,7%). Die einzigen beiden Patienten aus Aserbaidschan in der Gesamtpopulation haben eine Diagnose dieser Gruppe.

Tabelle 52: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "D50-D90"

Herkunftsland	Anzahl Patienten	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	20	47,6%	+9,3%
Nigeria	7	16,7%	+3,1%
Republik Moldau	7	16,7%	-10,0%
Äthiopien	6	14,3%	+0,1%
Aserbaidschan	2	4,8%	+4,6%

Auch die Altersverteilung der Patienten mit Diagnosen dieser Gruppe war anders als die der Gesamtpopulation (Tabelle 77 im Anhang). Auch hier machten die 21- bis 30-Jährigen die größte Gruppe aus (N = 16; 38,10%). Sowohl die 11- bis 20-Jährigen als auch die 31- bis 40-Jährigen bildeten die zweitgrößte Gruppe aus mit 10 Patienten (N = 23,8%). Mehr als zwei Drittel (N = 30; 71,4%) der Personen mit einer Diagnose dieser Gruppe waren weiblich.

Insgesamt 21 Patienten (50,0%) zeigten keine Symptome; bei neun Patienten (21,4%) war die Diagnose schon bekannt (Tabelle 76 im Anhang). Sechs Patienten (14,3%) gaben ein Schwächegefühl als Hauptsymptom an.

Bei 27 Patienten (67,5%) war eine medikamentöse Therapie vonnöten. Bei sieben Patienten (17,5%) war keine Therapie notwendig. Bei zwei Patienten (5,0%) kam es aufgrund der Diagnose zu einem Krankenhausaufenthalt. Insgesamt vier Personen (10,0%) wurden zu diversen Fachärzten überwiesen.

Eisenmangelanämie

Die Diagnose **Eisenmangelanämie** ist die häufigste Diagnose der Krankheiten des Blutes. Die vier häufigsten Herkunftsländer der Gesamtpopulation waren in dieser Diagnosegruppe mit einer fast gleichen Häufigkeit vertreten (Tabelle 53), wobei besonders Personen aus den afrikanischen Staaten Nigeria und Äthiopien betroffen waren.

Tabelle 53: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Eisenmangelanämie"

Herkunftsland	Anzahl Patienten	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Äthiopien	5	26,3%	+12,1%
Nigeria	5	26,3%	+12,8%
Republik Moldau	5	26,3%	-0,3%
Irak	4	21,1%	-17,2%

Die Altersverteilung der Patienten mit dieser Diagnose entsprach nicht der Altersverteilung der Gesamtpopulation (Tabelle 78 im Anhang). Die 21- bis 30-Jährigen (N = 8; 42,1%) und die 11- bis 20-Jährigen (N = 7; 36,8%) machten die beiden größten Altersgruppen aus. Es gab keinen Patienten dieser Gruppe, der jünger als 10 oder älter als 50 Jahre war.

Die meisten Fälle wurden bei Patientinnen diagnostiziert (N = 18; 94,7%). Bei der größten Gruppe der Patienten mit einer Eisenmangelanämie wurde kein Symptom dokumentiert (N = 12; 63,2%). Bei vier Patienten (21,1%) war Schwächegefühl das Hauptsymptom. Bei zwei Patienten (10,5%) war die Erkrankung schon bekannt. Bei einem Patienten (5,3%) war eine Synkope das Hauptsymptom, das zur Diagnose führte.

Bei 18 Patienten (94,7%) war eine medikamentöse Therapie der Anämie erforderlich. Bei einem Patienten (5,3%) war die Diagnose mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden.

4.20 Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)

Im Jahr 2018 wurden bei der untersuchten Population insgesamt 32 Diagnosen aus der Gruppe „G00-G99: Krankheiten des Nervensystems“ gestellt (Tabelle 54). Das macht insgesamt 1,7% aller gestellten Diagnosen aus. Trotz der relativ geringen Patientenzahl gab es 13 verschiedene Einzeldiagnosen, die zu dieser Diagnosegruppe gehören. Die Epilepsie war mit sechs gestellten Diagnosen (18,8%) die häufigste Diagnose dieser Gruppe. Darauf folgte die Insomnie (N = 5; 15,6%) und die Migräne (N = 4; 12,5%).

Tabelle 54: Gestellte Diagnosen der Gruppe "G00-G99"

Diagnose	Patientenzahl	Prozent
Epilepsie	6	18,8%
Insomnie	5	15,6%
Migräne	4	12,5%
Fazialisparese	3	9,4%
Chronische Schlafstörung	3	9,4%
Armplexusparese	2	6,3%
Chronische Kopfschmerzen	2	6,3%
Beinparese, Tetraparese	2	6,3%
Karpaltunnelsyndrom	1	3,1%
Spannungskopfschmerz	1	3,1%
Interkostalneuralgie	1	3,1%
Z.n. Schlaganfall	1	3,1%
Hereditäre motorisch-sensible Neuropathie	1	3,1%

Die Verteilung der Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe G00-G99 entsprach nicht der Verteilung in der Gesamtpopulation (Tabelle 88 im Anhang). Patienten aus dem Irak machten mit 43,8% (N = 14) den größten Anteil aus, darauf folgen Patienten aus Äthiopien und Nigeria. Patienten aus der Republik Moldau machten im Vergleich mit der Gesamtpopulation einen geringen Anteil aus.

Die meisten Diagnosen der Gruppe G00-G99 wurden bei 31- bis 40-Jährigen gestellt (Tabelle 89 im Anhang).

46,9% der Diagnosen aus der Gruppe G00-G99 wurden bei Frauen gestellt.

Bei neun Patienten (28,1%) war die Erkrankung schon im Vorfeld bekannt (Tabelle 55). Sieben Patienten (21,9%) gaben Schlafstörungen als Hauptsymptom an. Kopfschmerzen waren bei sechs Patienten (18,8%) die Hauptbeschwerde. Fünf Patienten (15,6%) hatten eine Parese. Insgesamt 15 Patienten (46,9%) bekamen eine medikamentöse Therapie. Jeweils fünf Patienten (15,6%) wurden zum Kinderarzt und zum Neurologen überwiesen. Jeweils drei Patienten (9,4%) wurden zum Psychiater überwiesen oder bekamen keine Therapie. Bei einem Patienten war die Diagnose mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden.

Tabelle 55: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "G00-G99"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Bekannte Vorerkrankung	9	28,1%
Schlafstörung	7	21,9%
Kopfschmerz	6	18,8%
Parese	5	15,6%
Bauchschmerzen	1	3,1%
Kribbelparästhesie	1	3,1%
Epileptische Anfälle	1	3,1%
Schlafstörungen, Grübeln, Ängste	1	3,1%
Akute Schmerzen	1	3,1%

4.21 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)

Diese ICD-Gruppe macht 1,2% (N = 22) der gestellten Diagnosen aus. Innerhalb dieser Gruppe wurden insgesamt verschiedene 14 Einzeldiagnosen gestellt (Tabelle 56).

Tabelle 56: Gestellte Diagnosen der Gruppe "Q00-Q99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Angeborene Beinlängendifferenz	3	13,6%
Angeborener Hydrozephalus	3	13,6%
Gleithoden	2	9,1%
Offenes Foramen ovale	2	9,1%
Pendelhoden/Wanderhoden	2	9,1%
Angeborene Gehirnzysten	2	9,1%
Nondescensus testis	1	4,5%
Kongenitale valvuläre Pulmonalstenose	1	4,5%
Hüftdysplasie	1	4,5%
Pankreas anulare	1	4,5%
Ohrfehlbildung	1	4,5%
Schwammniere	1	4,5%
Angeborene Fehlbildung einer Extremität	1	4,5%
Angeborene Aortenklappeninsuffizienz	1	4,5%

Besonders häufig wurden Diagnosen dieser Gruppe bei Personen aus der Republik Moldau gestellt (Tabelle 57). Patienten aus Äthiopien und Nigeria machten einen erniedrigten Anteil im Vergleich zur Gesamtpopulation aus.

Tabelle 57: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "Q00-Q99"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Republik Moldau	11	50,0%	+23,3%
Irak	8	36,4%	-1,9%
Äthiopien	1	4,5%	-9,7%
Nigeria	1	4,5%	-9,0%
Syrien	1	4,5%	+0,1%

Mehr als zwei Drittel (68,2%) der Personen mit einer Diagnose dieser Gruppe waren überwiegend zwischen 0 und 10 Jahren alt (Tabelle 127 im Anhang).

Der überwiegende Anteil (N = 16; 72,7%) der Erkrankungen dieser Gruppe wurde bei Männern diagnostiziert.

Bei den meisten Patienten war die Erkrankung bereits bekannt (N = 19; 86,5%). Alle weiteren Symptome (wie Ohrenscherzen und Skoliose) wurden nicht öfter als einmal angegeben (Tabelle 128 im Anhang).

59,11% (N = 13) der Patienten benötigten einen Facharzt (Tabelle 129 im Anhang). Bei sieben Patienten (31,8%) war keine Therapie erforderlich. Zwei Personen (9,09%) benötigten eine medikamentöse Therapie.

4.22 Neubildungen (C00-D48)

Neubildungen machten mit 0,6% (N = 11) eine sehr kleine Gruppe der gestellten Diagnosen aus. Sechs verschiedene Einzeldiagnosen aus der Gruppe wurden im Jahr 2018 gestellt (Tabelle 58), wobei das Lipom mit fünf Patienten (45,5%) die größte Gruppe der Diagnosen ausmachte.

Tabelle 58: Häufigkeit der Diagnosen aus der Gruppe "C00-D48"

Diagnosen	Anzahl Patienten	Prozent
Lipom	5	45,5%
Uterus myomatosus	2	18,2%
Karzinom des Zervix uteri	1	9,1%
Lungenkarzinom	1	9,1%
Urothelkarzinom	1	9,1%
Metastase	1	9,1%

Unter den elf Patienten waren Personen mit den Staatsangehörigkeiten der Republik Moldau (N = 6; 54,5%), Nigeria (N = 2; 18,2%), dem Irak (N = 2; 18,2%) und Äthiopien (N = 1; 9,1%) vertreten (Tabelle 74 im Anhang). Patienten aus der Republik Moldau hatten eine etwas erhöhte Diagnosezahl im Vergleich zu den Patienten der restlichen Herkunftsländer (+27,9%). Insgesamt 36,4 % Patienten waren zwischen 51 und 60 Jahre alt (Tabelle 75 im Anhang). Drei Personen (27,3%) mit einer Diagnose dieser Gruppe waren weiblich, acht Personen (72,7%) waren männlich.

Bei sechs Patienten (54,5%) handelte es sich um eine bereits bekannte Vorerkrankung, bei vier Patienten (36,4%) wurden keine Symptome dokumentiert. Ein Patient (9,1%) gab Symptome an, welche in die Gruppe **keine Regelblutung/unregelmäßige Periode** einzuordnen war.

Bei vier Patienten (36,4%) war keine Therapie erforderlich. Jeweils zwei Patienten (18,2%) wurden in die Chirurgie und in die Gynäkologie überwiesen. Jeweils ein Patient wurde medikamentös behandelt oder in die Urologie überwiesen. Bei ebenfalls einem Patienten war ein Krankenhausaufenthalt erforderlich.

4.23 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)

Die Diagnosegruppe „O00-O99“ betrifft Krankheiten während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Insgesamt acht Patientinnen (0,4%) hatten eine Diagnose aus diesem Bereich. Gestellte Einzeldiagnosen waren der **Abort, Missed Abortion, Präeklampsie** und **Polyhydramnie** (Tabelle 59).

Tabelle 59: Gestellte Diagnosen der Gruppe "O00-O99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Abort	3	37,5%
Missed Abortion	2	25,0%
Präeklampsie	2	25,0%
Polyhydramnie	1	12,5%

Insgesamt 62,5% (N = 5) der Frauen mit einer Diagnose der Gruppe „O00-O99“ kamen aus Äthiopien und Nigeria. Zwei Frauen (25,0%) kamen aus Republik Moldau und eine Frau (12,5%) aus dem Irak (Tabelle 126 im Anhang).

Sechs Frauen (75,0%) befanden sich in der Gruppe der 21- bis 30-Jährigen, zwei Frauen (25,0%) waren zwischen 31 und 40 Jahre alt.

Insgesamt wurden fünf verschiedene Ursachen für den Arztbesuch mit dieser Diagnose angegeben (Tabelle 60).

Tabelle 60: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "O00-O99"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Symptomlose Schwangerschaft	3	37,5%
Keine Symptome	2	25,0%
Bauchschmerzen	1	12,5%
Ödeme	1	12,5%
Präeklampsie	1	12,5%

Bei vier Patientinnen (50,0%) war die Diagnose mit einem Krankenhausaufenthalt assoziiert. Zwei Patientinnen (25,0%) benötigten eine medikamentöse Therapie und wiederum zwei Patientinnen (25,0%) wurden in die Gynäkologie überwiesen.

Schwangerschaft ohne ICD-Diagnose

Innerhalb der Studienpopulation wurden im Jahr 2018 insgesamt 115 schwangere Frauen im Ankerzentrum betreut. Alle Frauen waren zwischen 11 und 40 Jahren alt. 13 Frauen (11,3%) waren in der Altersgruppe 11-20 Jahre, 74 Frauen in der Gruppe 21-30 Jahre (64,4%). Zwischen 31 und 40 Jahre alt waren 28 Frauen (24,3%).

Tabelle 61 zeigt die Verteilung der Herkunftsländer unter den Schwangeren. Dabei zeigte sich, dass die Patientenzahl bei Frauen aus Nigeria die größte positive Abweichung von der Gesamtpopulation aufweist.

Tabelle 61: Herkunftsländer der Patientinnen mit einer Schwangerschaft ohne ICD-Diagnose

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Nigeria	56	48,7%	+35,2%
Irak	18	15,7%	-22,6%
Äthiopien	17	14,8%	+0,6%
Republik Moldau	15	13,0%	-13,6%
Syrien	5	4,3%	-0,1%
Ägypten	1	0,9%	+0,7%
Aserbajdschan	1	0,9%	+0,7%
Burkina Faso	1	0,9%	+0,8%
Libanon	1	0,9%	+0,7%

4.24 Erkrankungen der Perinatalperiode (P00-P96)

Insgesamt zwei Patienten bekamen eine Diagnose, welche in die Gruppe der Erkrankungen der Perinatalperiode einzuordnen ist.

Ein männlicher Patient aus Syrien bekam die Diagnose **Frühgeburt**. Dieser war zwischen 11 und 20 Jahre alt und wurde zum Pädiater überwiesen. Es wurde kein Hauptsymptom dokumentiert.

Die zweite Patientin hatte die Diagnose **Frühkindliche Gehirnschädigung mit zerebralem Residualsyndrom**. Es handelte sich um eine weibliche Patientin aus dem Irak, welche zwischen 0 und 10 Jahre alt ist. Ihr Hauptsymptom war eine Gehbehinderung. Sie wurde daraufhin in die Neurologie überwiesen.

4.25 Beschreibung der Therapiemaßnahmen

Im Folgenden werden die Häufigkeiten aller Therapiemaßnahmen im Gesamten betrachtet (Tabelle 62). Fast die Hälfte aller Erkrankungsfälle im Ankerzentrum (49,5%) wurden medikamentös therapiert. In 415 Fällen (14,9%) wurde keine Therapie benötigt. Insgesamt wurden 835 Patienten (30,1%) zu 24 verschiedene Fachdisziplinen überwiesen. Davon ausgeschlossen sind die 56 Krankenhausaufenthalte (2,0%), sowie die Überweisungen in die Physiotherapie (N = 2; 0,07%) und in die Logopädie (N = 1; 0,04%).

Tabelle 62: Absolute und relative Häufigkeit der Therapien aller Patienten

Therapie	Anzahl	Prozent
Medikamentöse Therapie	1375	49,50%
Keine Therapie	415	14,94%
Überweisung Zahnheilkunde	301	10,84%
Gynäkologie	147	5,29%
Überweisung Psychiater	89	3,20%
Überweisung Pädiatrie	85	3,06%
Wundversorgung	60	2,16%
Krankenhausaufenthalt	56	2,02%
Überweisung Augenarzt	45	1,62%
Überweisung Infektiologie	35	1,26%
Überweisung Chirurgie	28	1,01%
Überweisung Neurologie	16	0,58%
Körperliche Übungen	16	0,58%
Überweisung Notaufnahme	13	0,47%
Überweisung Urologie	16	0,58%
Überweisung Gastroenterologie	12	0,43%
Überweisung HNO	10	0,36%
Ohrspülung	9	0,32%
Überweisung Orthopädie	8	0,29%
Überweisung Pulmologie	7	0,25%
Überweisung Kardiologie	7	0,25%
Überweisung Unfallchirurgie	6	0,22%
Keine Therapie, da Kosten noch nicht übernommen werden	5	0,18%
Überweisung Physiotherapie	2	0,07%
Überweisung Nephrologie	2	0,07%
Überweisung Neurochirurgie	2	0,07%
Gelkissen für Ferse	2	0,07%
Überweisung Logopädie	1	0,04%
Überweisung Dermatologie	1	0,04%
Überweisung Onkologie	1	0,04%
Überweisung Kinder/Jugendpsychiatrie	1	0,04%
Überweisung Gefäßchirurgie	1	0,04%
Überweisung Innere Medizin	1	0,04%
Überweisung MKG	1	0,04%
Quarantäne	1	0,04%
Kompressionsstümpfe	1	0,04%

4.26 Impfungen und Immunisierungsstatus der Besucher der Impfsprechstunde

Im Ankerzentrum Regensburg fanden mehrmals wöchentlich Impfsprechstunden für alle Bewohner statt. Hier konnte jeder Asylbewerber die von der STIKO empfohlenen Impfungen erhalten und Nachholimpfungen durchführen lassen. Die Patienten der Impfsprechstunde deckten sich nicht eindeutig mit den Patienten der Arztprechstunde. Dies liegt daran, dass nur Patienten mit aktuellen Beschwerden oder bekannten Vorerkrankungen die Arztprechstunde besuchen, während die Impfsprechstunde auch von Personen besucht wird, die aktuell keine ärztliche Betreuung brauchen. Da Impfungen (auch die Masernimpfung) im Jahr 2018 nicht verpflichtend waren, decken sich diese Patientengruppen nicht eindeutig. Deshalb wurde bei dieser Patientengruppe von einer neuen Gesamtpopulation ausgegangen.

Insgesamt 1264 Personen wurden im Jahr 2018 das erste Mal im Ankerzentrum geimpft. Davon waren 44,2% (N = 559) weiblich und 55,8% (N = 705) männlich.

Die Verteilung der Herkunftsländer unter den Patienten, die sich impfen ließen, war anders als die Verteilung unter den Patienten, die die Arztpraxis besucht haben. Während über die Hälfte der Impfpatienten aus dem Irak stammten, lag der Anteil an Moldawiern, die bei Arztbesuchen die zweitgrößte Nationalität bildeten, bei 9,9% (N = 125). Somit war die Republik Moldau an vierter Stelle der häufigsten Herkunftsländer. Zweithäufigste Nationalität bei Impfungen bildete Äthiopien, gefolgt von Nigeria (Tabelle 63).

Tabelle 63: Herkunftsländer aller Patienten der Impfsprechstunde

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent
Irak	711	56,3%
Äthiopien	174	13,8%
Nigeria	142	11,2%
Republik Moldau	125	9,9%
Syrien	97	7,7%
Eritrea	6	0,5%
Mali	2	0,2%
Libanon	2	0,2%
Ägypten	1	0,1%
Ukraine	1	0,1%
Sierra Leone	1	0,1%
Marokko	1	0,1%
Staatenlose	1	0,1%

Die Altersverteilung der Patienten, die impfbereit waren, entsprach der Altersverteilung der Patienten, die Arztbesuche hatten (Tabelle 64).

Tabelle 64: Altersverteilung der Patienten in der Impfsprechstunde

Alter	Patientenzahl	Prozent
0-10 Jahre	272	21,5%
11-20 Jahre	186	14,7%
21-30 Jahre	382	30,2%
31-40 Jahre	225	17,8%
41-50 Jahre	120	9,5%
51-60 Jahre	61	4,8%
61-70 Jahre	15	1,2%
71-80 Jahre	3	0,2%

Die Anzahl an Patienten, die einen Folge-Impftermin wahrnahmen, nahm pro Folgetermin stetig ab (Tabelle 65). In etwa die Hälfte der Patienten (N = 618; 48,9%) nahm im Jahr 2018 nur einen einzigen Impftermin wahr.

Tabelle 65: Anzahl der besuchten Impftermine pro Patient

Anzahl der besuchten Impftermine	Patientenzahl	Prozent
1	618	48,9%
2	342	27,1%
3	162	12,8%
4	86	6,8%
5	34	2,7%
6	13	1,0%
7	7	0,6%
8	2	0,2%

4.26.1 Immunisierungen der 0- bis 10-Jährigen

Personen aus der Altersgruppe **0-10 Jahre**, die die Impfsprechstunde besuchten, stammten aus den folgenden Herkunftsländern (Tabelle 66):

Tabelle 66: Herkunftsländer der 0- bis 10-Jährigen in der Impfsprechstunde

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Eritrea	1	0,4%	-0,1%
Äthiopien	21	7,7%	-6,0%
Nigeria	27	9,9%	-1,3%
Irak	154	56,6%	+0,4%
Syrien	33	12,1%	+4,5%
Republik Moldau	36	13,2%	+3,3%

Rund die Hälfte der Kinder (N = 138; 50,7%) im Alter von 0-10 Jahren war weiblich.

Viele Kinder erschienen zu den ersten Impfterminen, versäumten jedoch die Folgetermine. Insgesamt 41,9% der Kinder (N = 114) zwischen 0 und 10 Jahren waren nur ein einziges Mal in der Impfsprechstunde (Tabelle 140 im Anhang).

Beim ersten Impftermin wird, falls keine nachweisbaren Impfungen bestehen, mit der Immunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis, Masern, Mumps, Röteln und Varizellen begonnen. Besonders bei Kindern muss jedoch auf das zugelassene Mindestalter des jeweiligen Impfstoffes geachtet werden.

75,4% der Kinder (N = 205) erhielten die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR), die restlichen 24,6% waren entweder zu jung oder hatten schon eine dokumentierte Immunisierung. Die Varizellen-Impfung erhielten 58,5% der Kinder (N = 159).

Bei 48,2% der Kinder konnte mit der Immunisierung gegen die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) begonnen werden. Über die Hälfte der Kinder (51,8%) hatte das erforderliche Mindestalter noch nicht erreicht oder wurden in einem anderen FSME-Endemiegebiet bereits immunisiert.

29,8% der Kinder erhielt den Sechsfach-Impfstoff mit Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis, Haemophilus influenzae und Hepatitis B. Davon hatten 6,2% (N = 5) die vollständige Immunisierung mit vier Impfungen erreicht.

204 Kinder hatten das Mindestalter für die Vierfach-Impfung erreicht und wurden somit gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, und Pertussis geimpft. Davon sind 38,2% (N = 78) zum zweiten Impftermin erschienen und 11,2% (N = 23) erhielten mit drei Impfungen die vollständige Immunisierung.

39,7% (N = 108) erhielten die Influenzaimpfung, 60,3% waren entweder zu jung für die Impfung oder sind im Zeitraum von Oktober-Februar nicht zur Impfsprechstunde erschienen.

91 Patienten (33,5%) erhielten die Monoimpfung gegen Hepatitis B. Impfungen gegen Meningokokken und Pneumokokken konnten bei 72 (26,5% bei Meningokokken) und 70 Patienten (25,7% bei Pneumokokken) durchgeführt werden.

4.26.2 Immunisierungen der 11- bis 20-Jährigen

Personen aus der Altersgruppe „11-20 Jahre“ kamen aus den folgenden Herkunftsländern (Tabelle 67):

Tabelle 67: Herkunftsländer der 11- bis 20- Jährigen in der Impfsprechstunde

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	113	60,8%	+4,5%
Republik Moldau	25	13,4%	+3,6%
Äthiopien	22	11,8%	-1,9%
Nigeria	12	6,5%	-4,8%
Syrien	12	6,5%	-1,2%
Mali	1	0,5%	+0,4%
Sierra Leone	1	0,5%	+0,5%

Über die Hälfte (N = 99; 53,2%) der Personen dieser Altersklasse war männlich.

43,0% (N = 80) der Personen in dieser Altersgruppe besuchten die Impfsprechstunde nur einmal (Tabelle 141 im Anhang). Die Patientenzahl verringert sich, je höher die Anzahl der Impfbesuche war.

Auch bei den 11- bis 20-Jährigen gibt es verschiedene zugelassene Impfstoffe für diverse Altersgruppen. Insgesamt gab es 186 Personen, die zwischen 11 und 20 Jahre alt waren.

Die MMR-Impfung konnten 86,6% (N = 161) der Patienten erhalten. 13,4% (N = 25) hatten bereits eine MMR-Impfung anderswo erhalten. 30,7% (N = 57) sind zur zweiten MMR-Impfung erschienen und haben somit die vollständige Immunisierung erreicht.

62,5% (N = 116) der Patienten sind zur Varizellen-Impfung erschienen; bei 17,2% (N = 32) konnte die Immunisierung mit zwei Impfungen abgeschlossen werden.

Alle Patienten erhielten mindestens einmal die Vierfach-Impfung gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Pertussis. Eine vollständige Immunisierung erreichten 10,8% (N = 20) der Patienten in dieser Altersgruppe.

Die Influenza-Impfung haben 50,5% (N = 94) der Patienten dieser Altersgruppe durchführen lassen.

Die Impfung gegen FSME konnte bei 75,3% (N = 140) der Patienten durchgeführt werden. Bei 8,6% (N = 16) der Personen dieser Altersgruppe konnte mit drei Impfungen vollständig immunisiert werden.

Die Hepatitis B-Impfung konnten 29,6% (N = 55) der Personen dieser Altersgruppe erhalten. Zu einer vollständigen Immunisierung gegen Hepatitis B kam es bei sieben Patienten (3,8%). 11,3% (N = 21) konnten die Meningokokken-Impfung erhalten; 5,4% (N = 10) der Personen dieser Altersklasse wurden gegen Pneumokokken immunisiert.

4.26.3 Immunisierungen der 21- bis 50-Jährigen

Personen, die zu dieser Altersklasse gehören, kamen aus den folgenden Herkunftsstaaten (Tabelle 68):

Tabelle 68: Herkunftsländer der 21- bis 50-Jährigen in der Impfsprechstunde

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	391	53,8%	-2,5%
Äthiopien	129	17,7%	+4,0%
Nigeria	102	14,0%	+2,8%
Republik Moldau	53	7,3%	-2,6%
Syrien	42	5,8%	-1,9%
Eritrea	4	0,6%	+0,1%
Libanon	2	0,3%	+0,1%
Ägypten	1	0,1%	+0,1%
Mali	1	0,1%	+0,0%
Ukraine	1	0,1%	+0,1%
Staatenlos	1	0,1%	+0,1%

Insgesamt 40,2% (N = 292) der Personen dieser Altersgruppe waren weiblich, 59,8% (N = 435) waren männlich.

52,1% der Personen zwischen 21 und 50 Jahren besuchten die Impfsprechstunde einmal. Auch hier verringerte sich die Anzahl der Patienten bei steigender Anzahl der Impfbesuche (Tabelle 142 im Anhang).

80,5% (N = 586) der Personen dieser Altersklasse erhielten mindestens eine MMR-Impfung. Die übrigen 19,5% hatten die Impfung entweder im Vorjahr oder in einer anderen Einrichtung bereits erhalten. 20,8% (N = 151) sind zur zweiten MMR-Impfung erschienen. 12,4% (N = 90) erschienen zur Varizellen-Impfung, 4,8% (N = 35) der Personen konnten mit zwei Impfungen die vollständige Immunisierung erhalten.

Alle Personen dieser Altersgruppe erhielten mindestens einmal die Vierfach-Impfung gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Pertussis. 8,7% (N = 63) der Personen konnten mit drei Impfungen die vollständige Immunisierung erhalten.

74,0% (N = 538) der Personen erhielt die FSME Impfung, 9,2% (N = 67) der Personen dieser Altersklasse konnten alle drei Impfungen erhalten.

51,4% (N = 374) konnten gegen Influenza geimpft werden. Die übrigen Personen wurden entweder in anderen Einrichtungen geimpft oder sind nicht in der Influenza-Saison zur Impfung erschienen.

4.26.4 Immunisierungen der über 50-Jährigen

Personen, die älter als 50 Jahre waren und sich impfen ließen, kamen überwiegend aus Irak (Tabelle 69). Personen aus Äthiopien und Nigeria waren weniger häufig als in der Gesamtpopulation vertreten.

Tabelle 69: Herkunftsländer der über 50-Jährigen in der Impfsprechstunde

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	53	67,1%	+10,8%
Syrien	10	12,7%	+5,0%
Republik Moldau	10	12,7%	+2,8%
Äthiopien	3	3,8%	-10,0%
Eritrea	1	1,3%	+0,8%
Nigeria	1	1,3%	-10,0%
Marokko	1	1,3%	+1,2%

53,2% (N = 42) der über 50-Jährigen waren weiblich, 46,8% (N = 37) waren männlich.

25,3% (N = 20) der über 50-Jährigen benötigten noch eine einzelne MMR-Impfung, 2,5% (N = 2) aller Personen konnten die zweite Impfung erhalten.

Alle Personen dieser Altersklasse erhielten mindestens einmal den Vierfach-Impfstoff gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Pertussis. 8,7% (N = 7) wurden mit zwei Impfungen vollständig immunisiert.

55,7% (N = 44) erhielten die Influenza-Impfung. Die übrigen Patienten erschienen nicht im Zeitraum der Influenza-Saison in der Impfsprechstunde.

81,0% (N = 64) der Personen dieser Altersklasse erhielt mindesten eine FSME-Impfung, 6,3% (N = 5) konnten mit drei Impfungen vollständig immunisiert werden. Neun Personen (11,4%) erhielten eine Pneumokokken-Impfung.

4.27 Blutdruckwerte

Alle in den Patientenkarteen dokumentierten Blutdruckwerte wurden in diese Studie übernommen. Dabei wurden die Werte in drei verschiedene Kategorien eingeteilt:

1. Unter 100/60
2. Zwischen 100/60 und 140/90
3. Über 140/90

Bei mehrmaligen Messungen wurde der Mittelwert zur Auswertung genutzt. Gemessen wurde allerdings vor allem bei Schwangeren und Patienten mit Verdacht auf eine Hypertonie.

Insgesamt wurde bei 188 Personen der Blutdruck mindestens einmal gemessen. Davon hatten sieben Personen (3,6%) einen Blutdruck unter 100/60. Insgesamt 128 Patienten (68,1%) waren in die Gruppe „zwischen 100/60 und 140/90“ einzuordnen. Die übrigen 53 Personen (28,3%) hatten einen Blutdruck von über 140/90.

5. Diskussion

5.1 Ergebnisse im Überblick und Einordnung in die bisher publizierte Literatur

Bevor die Ergebnisse mit bisherigen Studien verglichen werden, werden im Folgenden einige Ergebnisse zusammengefasst.

Die vier häufigsten Diagnosegruppen waren Erkrankungen der Atemwege (15,7%), Erkrankungen des Verdauungssystems (14,0%), infektiöse und parasitäre Erkrankungen (11,1%) und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (8,9%).

Die vier häufigsten Gründe für einen Arztbesuch waren Zahnprobleme (11,1%), gastrointestinale Symptome (9,6%), bekannte Vorerkrankungen wie beispielsweise Diabetes mellitus oder arterielle Hypertonie (9,4%) und dermatologische Symptome (8,5%). Bei fast einem Drittel (30,1%) der Patienten war eine Überweisung zum Facharzt indiziert. 49,5% der Patienten benötigten eine medikamentöse Therapie.

Verteilungen von Herkunftsland und Geschlecht variieren stark zwischen den einzelnen Diagnose- und Symptomgruppen. Es kann festgehalten werden, dass gewisse Krankheitsbilder ähnlich häufig wie in Deutschland auftreten. Bei anderen Erkrankungen ist die Häufigkeit stark vom Herkunftsland abhängig. Allerdings sind der Faktor Flucht und die Erlebnisse und hygienischen Umstände auf der Fluchtroute nicht zu vernachlässigen.

5.1.1 Vergleich mit der Häufigkeitsverteilung von übergeordneten Diagnosegruppen in anderen Studien

Es gibt bisher nicht viele veröffentlichte Studien, die einen generellen Überblick über das Erkrankungsspektrum von Geflüchteten geben. Außerdem ist zu bedenken, dass sich in Europa und in Deutschland die Situation bezüglich Flüchtlingszahlen, Herkunftsländern und Konfliktsituationen seit 2015 im Vergleich zu den Vorjahren stark verändert hat [2].

Nichtsdestotrotz gibt es einige aktuelle Studien, die gestellte Diagnosen bei Geflüchteten in Deutschland betrachten. Im Folgenden werden die Ergebnisse von *Kleinert et al. 2019*, *Borgschulte et al. 2018* und *Goodman et al. 2018* dargestellt und mit den Ergebnissen unserer Studie verglichen.

Die Studie von *Kleinert et al. 2019* untersuchte Diagnosen bei Asylbewerbern und „resettlement refugees“ in einem Transitcamp in Friedland, Niedersachsen [12]. Als "resettlement refugees" wurden laut UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) Geflüchtete bezeichnet, die in ihrem Ankunftsland kein Asyl bekamen, jedoch auch nicht in ihr Heimatland zurückreisen konnten und deshalb von Drittstaaten freiwillig aufgenommen wurden [13]. In dieser Studie wurden die ICD-Diagnosen von 2252 Patienten betrachtet, die im Zeitraum von

einem Jahr (15. August 2017 - 15. August 2018) eine Einrichtung der ambulanten medizinischen Grundversorgung besuchten [12]. Die Patienten kamen überwiegend aus Irak (17%), Syrien (11%), Georgien (11%), Afghanistan (10%) und Iran (8%). Abbildung 14 zeigt die Häufigkeiten der gestellten Diagnosen:

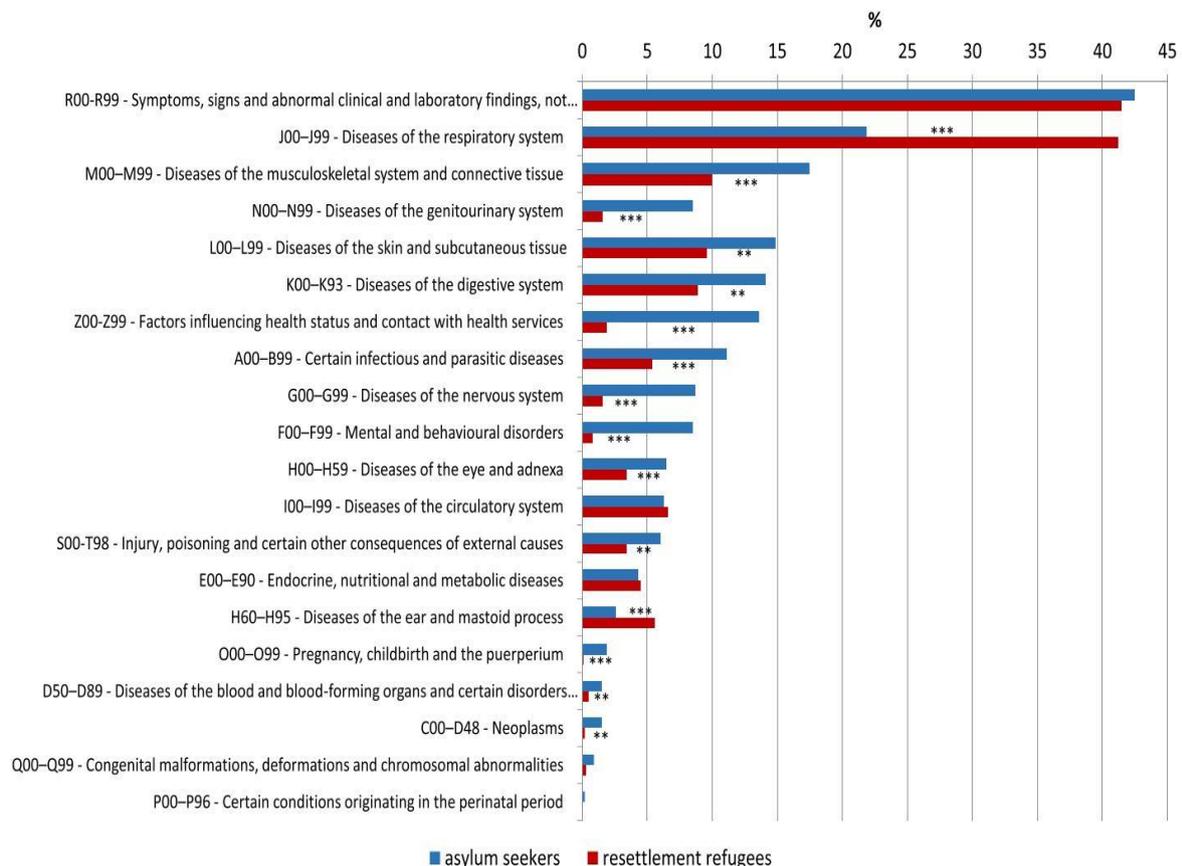


Abbildung 14: "Percentage of asylum-seeker and resettlement-refugee patients presenting with different symptoms and diagnoses according to ICD-10. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. * $p \leq 0.001$ " [12]**

Während bei *Kleinert et al. 2019* die Gruppe „R00-R99: Symptome, die nicht andernorts einzuordnen sind“ mit ca. 42% der gestellten Diagnosen die größte Gruppe ausmachte, war diese Diagnosegruppe in unserer Studie mit 4,3% vergleichsweise klein. Erkrankungen der Atemwege (J00-J99) stellten in beiden Studien einen großen Anteil der Diagnosen aus. Jedoch war der Anteil bei „resettlement refugees“ höher (ca. 42%) als bei „asylum seekers“ (ca.22%). In unserer Studie machte diese Gruppe zwar nur 15,7% der Diagnosen aus, war aber damit die größte Diagnosegruppe dieser Studie.

In unserer Studie bildeten Erkrankungen des Verdauungssystems (K00-K93) mit 14,0% die zweitgrößte Gruppe. Bei *Kleinert et al. 2019* steht diese Gruppe mit einer ähnlichen Häufigkeit (9-14%) an sechster Stelle. Auch bei den infektiologischen Erkrankungen (A00-B99) zeigte sich eine ähnliche Häufigkeit bei beiden Studien. Sie standen bei *Kleinert et al. 2019* an achter Stelle, in unserer Studie an dritter, wobei die relativen Häufigkeiten bei *Kleinert et al. 2019* bei

6-11% lagen und in unserer Studie bei 11,1%. Es fällt zusätzlich auf, dass psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen (F00-F99) bei *Kleinert et al. 2019* erst an zehnter Stelle standen, bei „asylum seekers“ jedoch 9% ausmachten. In unserer Studie war diese Gruppe die fünfthäufigste, machte jedoch nur 6,4% aller Diagnosen aus.

Krankheiten der Perinatalperiode (P00-P96) bildeten in beiden Studien die kleinste Gruppe mit einem Anteil von unter 1%. In der Diagnosegruppe „V01-V08: Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ war in beiden Studien keine Diagnose vorhanden.

Vergleichend kann festgestellt werden, dass sich bestimmte Gruppen beider Studien in ihrer Rangfolge (J00-J99), andere Gruppen hingegen in der relativen Häufigkeit ähnelten (K00-K93). Unterschiede der Häufigkeiten können zum einen an einer unterschiedlichen Verteilung der Herkunftsländer liegen. Bei *Kleinert et al. 2019* wurden vermehrt Patienten aus dem Nahen Osten (46%) betrachtet, wohingegen in unserer Studie Patienten aus dem afrikanischen Raum (Äthiopien, Nigeria u.v.m.) einen großen Teil (29,1%) der Gesamtpopulation ausmachten. Es ist anzunehmen, dass unterschiedliche Prävalenzen von Erkrankungen sowie Unterschiede in Lebensstil, Infrastruktur und medizinischer Versorgung sich in diesen Ländern und Regionen unterscheiden. Außerdem wurden bei *Kleinert et al. 2019* keine Herkunftsländer im Einzelnen betrachtet, sodass ein direkter Vergleich der Diagnosen bei Patienten einzelner Herkunftsländer nicht möglich ist.

Ein weiterer Punkt ist, dass die Zuordnung einer Diagnose von der individuellen Entscheidung des behandelnden Arztes abhängig ist. In beiden Studien wurden nur dokumentierte Diagnosen betrachtet. Allerdings wurden in unserer Studie teilweise nur Symptome ohne dazugehörige Diagnose dokumentiert. Außerdem sind die Grenzen zwischen zwei Diagnosen oft unklar definiert oder die Definitionen überlappen sich. Beispielsweise können Schlafstörungen als eigene Diagnose oder als Symptom für z.B. eine Depression stehen oder eine Schlafstörung stellt sich im zeitlichen Verlauf als Depression heraus. Dies wäre eine mögliche Erklärung für das häufige Vorkommen von Diagnosen aus der Gruppe „R00-R99“ bei *Kleinert et al. 2019*. Besonders in dieser Gruppe sind Diagnosen häufig Symptome für eine andere Erkrankung (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen etc.).

Auch *Borgschulte et al. 2018* untersuchte Diagnosen bei Geflüchteten in Deutschland. Die Studie betrachtete im Zeitraum von Mai bis Dezember 2015 insgesamt 2169 Geflüchtete einer Notunterkunft in Köln. Die meisten Patienten stammten aus dem Westbalkan (58%) und Syrien (25%) [14]. Allerdings wurden die Diagnosen nicht nach dem ICD-Code eingeteilt, sondern nach der International Classification of Primary Care (ICPC), die Erkrankungen nicht nach Diagnosen, sondern nach Beratungsanlass gliedert [15]. Dies entspricht eher einer Erfassung von Symptomen als von Diagnosen.

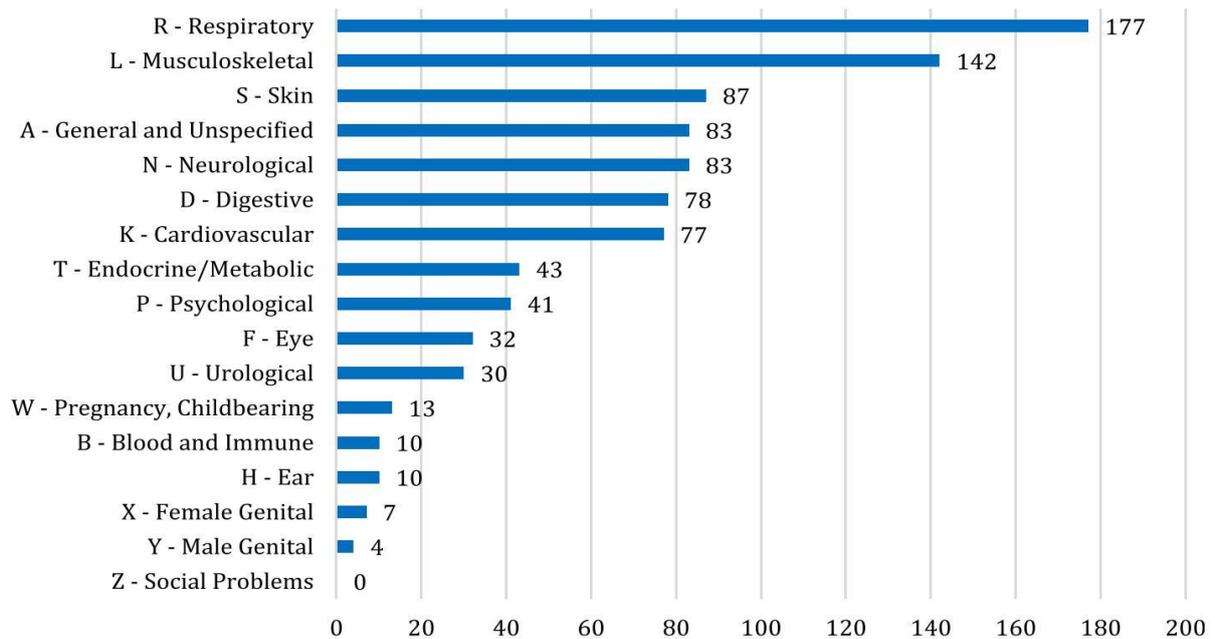


Abbildung 15: Distribution of diagnoses arranged by organic system in the International Classification of Primary Care (ICPC) including all patient contacts during consultation hours for adults between May and December 2015 (n = 917; missing: 13) – Borgschulthe et al. 2018 [14]

Ebenso wie in unserer Studie stellten auch bei *Borgschulthe et al. 2018* Erkrankungen des respiratorischen Systems die größte Gruppe dar (Abbildung 15). In der Studie wurden in 177 Fällen Symptome des Respirationstrakts dokumentiert. Es fand allerdings keine Spezifizierung der Symptome statt, was einen genauen Vergleich schwierig macht. In unserer Studie war die Kombination aus „Husten, Schnupfen und Halsweh“ der häufigste Symptomkomplex dieser Gruppe. Wie bei *Kleinert et al. 2019* folgten bei *Borgschulthe et al. 2018* nach den respiratorischen Erkrankungen die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. In unserer Studie steht diese Gruppe mit 8,9 % an vierter Stelle.

Während Krankheiten der Haut und Unterhaut in unserer Studie mit 6,1% erst an sechster Stelle kamen, bildeten sie bei *Borgschulthe et al. 2018* die drittgrößte Gruppe mit 8,8%. Eine Erklärung für diese differentiellen Ergebnisse ist die unterschiedliche Einteilung gewisser Symptome und Diagnosen von ICPC und ICD. In der ICPC-Einteilung fehlen aufgrund der Symptomorientiertheit der Klassifikation die infektiologischen Krankheitsbilder. Viele Infektionskrankheiten bilden spezifische Symptome an der Haut (z.B. Juckreiz, Exantheme etc.) und sind deshalb nicht in der ICPC wiederzufinden. Dies könnte erklären, warum bei *Borgschulthe et al. 2018* die Hautsymptome an dritter Stelle stehen, wo in unserer Studie die infektiologischen Krankheitsbilder stehen.

Andere Infektionskrankheiten befinden sich in der ICPC in der Gruppe „A – General and unspecified“ [16]. Auch diese Gruppe zählt bei *Borgschulthe et al. 2018* zu den häufigeren.

Neurologische Symptome bilden bei *Borgschulthe et al. 2018* die fünftgrößte Gruppe. In unserer Studie spielten neurologische Erkrankungen mit 1,7% der Diagnosen eine eher marginale

Rolle. Dies liegt vermutlich u.a. an der unterschiedlichen Einteilung von ICPC und ICD. Zum Beispiel wird das in unserer Studie häufige Symptom Kopfschmerz in der ICD-Klassifikation in die Gruppe „R00-R99: Symptome, die nicht andernorts einzuordnen sind“ eingeordnet. In der ICPC zählt Kopfschmerz allerdings zu den neurologischen Symptomen [16]. Das bedeutet, dass bei *Borgschulte et al. 2018* bei einer großen Anzahl an Patienten mit Kopfschmerz die Gruppe N wächst, während die neurologischen Diagnosen in unserer Studie gering bleiben. Die Ergebnisse von *Borgschulte et al.* sind daher nur bedingt mit den Ergebnissen unserer Studie vergleichbar. Dies liegt vor allem an der Einteilung in ICPC aber auch an der fehlenden Differenzierung spezifischer Symptome. Nichtsdestotrotz erkennt man ähnliche Tendenzen. So spielen Erkrankungen des Respirationstrakts und des Muskel-Skelett-Systems in beiden Studien eine wichtige Rolle.

Goodman et al. 2018 untersuchte Diagnosen bei Geflüchteten in einer ambulanten Klinik der Flüchtlingsunterkunft in Dresden. Insgesamt wurden 2753 Patienten im Zeitraum vom 14. September 2015 – 31. Dezember 2015 in die Studie eingeschlossen [17]. Auch hier wurden Diagnosen nach ICD-Code eingeteilt. In Sachsen kamen im Jahr 2015 vom Gesamtanteil der Geflüchteten 42,5% aus Syrien, 14,6% aus Afghanistan und 11,7% aus dem Irak [17]. Somit wurden mehr Geflüchtete aus Syrien und Afghanistan in die Studie von *Goodman et al 2018* eingeschlossen als in unserer Studie, in der 4,4% der Geflüchteten aus Syrien stammten und kein einziger aus Afghanistan. Über Geflüchtete aus afrikanischen Staaten wurde in der Studie von *Goodman et al. 2018* nicht berichtet.

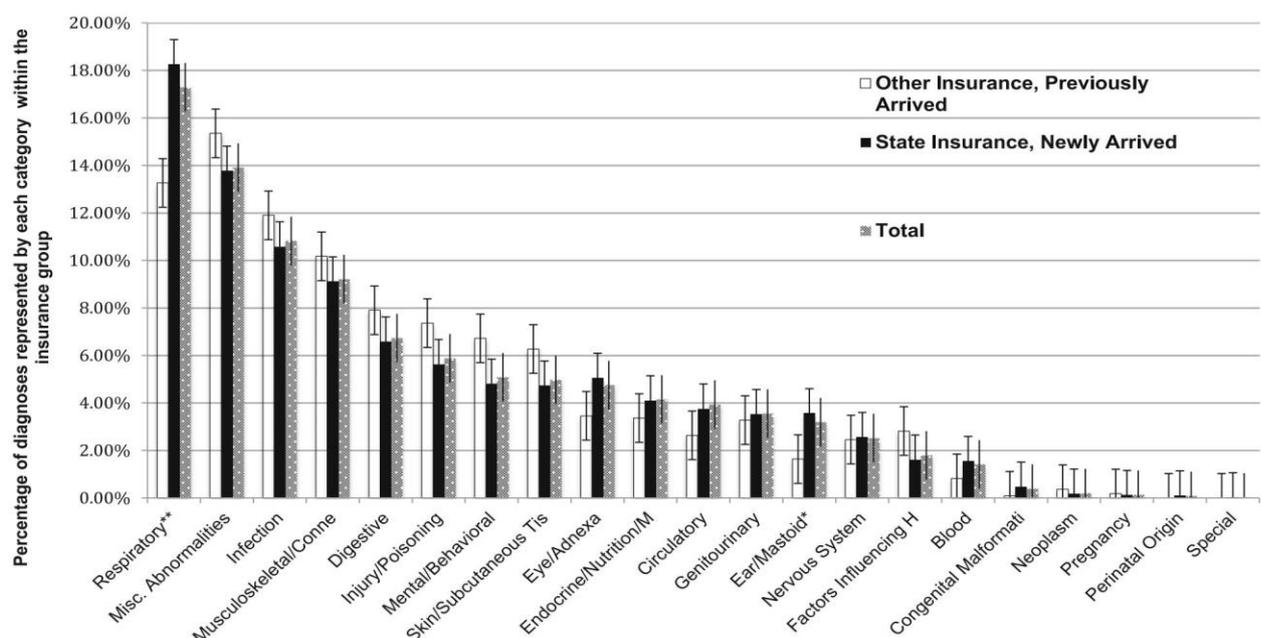


Abbildung 16: Diagnostic categories by insurance (arrival) status. Comparing the proportion by insurance status state vs. other **p < 0.001 *p = 0.0043, other differences were not significant. Standard error bars are shown - Goodman, Jensen et al. 2018 [17]

Bei *Goodman et al. 2018* machten Erkrankungen des Respirationstrakts mit 13-18% die größte Gruppe der gestellten Diagnosen aus (Abbildung 16). Dies passt zu den Ergebnissen unserer Studie, in der Erkrankungen der Atemwege 15,7% ausmachten und damit auch die größte Gruppe an Diagnosen darstellte. Darauf folgten Erkrankungen der Gruppe „R00-R99 - Miscellaneous signs and symptoms“ mit einem Anteil von 13-15%. In unserer Studie war diese Gruppe mit einem Anteil von 4,3% vertreten. Einzeldiagnosen der Gruppe beschrieb Goodman so: *“The most common symptom was other and unspecified abdominal pain (R10.4, n = 130, 14.8%), followed by headache (R51, n = 121, 13.7%), cough (n = 64, 7.26%), pain in throat (n = 44, 4.99%), unspecified pain (n = 44, 4.99%), and heartburn (n = 34, 3.86%). The remaining symptoms or signs ranged from dysuria to epistaxis, jaundice, and malaise, to halitosis”* [17]. Auch in unserer Studie waren Kopfschmerz (N = 33; 42,3%) und Bauchschmerz (N = 13; 16,7%) die häufigsten Diagnosen der Gruppe. Ursache für das häufige Vorkommen von Diagnosen dieser Gruppe in *Goodman et al. 2018* könnte sein, dass Diagnosen dieser Gruppe auch häufig Symptome für andere Diagnosen sein können (z.B. Kopfschmerz als Symptom von Migräne oder Husten als Symptom für einen Infekt der Atemwege). Somit könnte eine unterschiedliche Bewertung oder Dokumentation von Symptomen zu Diagnosen einer anderen Gruppe führen.

Infektiologische Krankheitsbilder (A00-B99) machten in beiden Studien mit ca. 11% aller gestellten Diagnosen den drittgrößten Anteil aus. Generell ähnelte die Verteilung der ICD-Gruppen bei *Goodman et al. 2018* der Verteilung der Diagnosen in unserer Studie. Ein genauer Vergleich von herkunftsspezifischen Tendenzen (z.B. Hepatitis B bei Geflüchteten aus der Republik Moldau) wäre an dieser Stelle interessant, wurde aber von *Goodman et al. 2018* nicht durchgeführt.

Zusammenfassend kann anhand der Ergebnisse der berichteten Studien festgestellt werden, dass sich gewisse Diagnosegruppen in ihrer Häufigkeit ähneln. Zum Beispiel spielen Erkrankungen der Atemwege in allen Studien eine bedeutende Rolle, ebenso wie die muskuloskelettalen Erkrankungen und Krankheiten der Haut. Die Häufigkeiten anderer Diagnosegruppen stellen sich in den Studien unterschiedlich dar. Dazu zählt beispielsweise die Gruppe der infektiologischen Krankheiten, die in unserer Studie an dritter Stelle stehen, in anderen Studien (*Kleinert et al. 2019*) aber eine eher untergeordnete Rolle spielen. Aus welchem Grund gewisse Diagnosegruppen in unserer Studie häufiger vorkommen als andere wird im Kapitel 5.1.3. ausführlich diskutiert.

5.1.2 Vergleich mit häufigen Diagnosen von Nicht-Geflüchteten in Deutschland

Im Folgenden werden die häufigsten Einzeldiagnosen unserer Studie im Vergleich zu den häufigsten Diagnosen bei Nicht-Geflüchteten in Deutschland betrachtet (Abb.19 und Tabelle 143 im Anhang). Bei der in Deutschland lebenden Bevölkerung ist die häufigste Diagnose bei Nicht-Geflüchteten die primäre Hypertonie [18]. Diese Diagnose ist in unserer Studie mit einem Anteil von 2,44% die sechsthäufigste. Sie steht somit zwar nicht an erster Stelle, kann jedoch auch bei Geflüchteten zu den wichtigsten Diagnosen gezählt werden. Risikofaktoren für die primäre arterielle Hypertonie sind vor allem Übergewicht und Bewegungsmangel [19]. Es ist anzunehmen, dass Personen in Deutschland diesen Risikofaktoren eher ausgesetzt sind als Geflüchtete, die sich erst seit kurzem in Deutschland befinden.

Rückenschmerzen sind die dritthäufigste Diagnose, die Hausärzte in Deutschland stellen [18]. Diese Diagnose befindet sich in unserer Studie erst an 21. Stelle mit einer Häufigkeit von 1,14%. Allerdings befinden sich das akute/chronische LWS-Syndrom an 13. Stelle der häufigsten Diagnosen mit 1,41%. Und die Diagnose „Lumbago“ ist die zweithäufigste Diagnose aus der Gruppe der muskulären Erkrankungen. Somit zeigt sich, dass Rückenschmerzen unterschiedlich eingruppiert und benannt werden können. Die häufigste Diagnose der muskulären Erkrankungen sind in unserer Studie chronische Schmerzen. Auch diese schließen die Rückenschmerzen mit ein. In Deutschland sind häufige Ursachen für Rückenschmerzen Bewegungsmangel und sedentäres Verhalten [20]. Es ist jedoch zu vermuten, dass Ursachen für Rückenschmerzen bei Geflüchteten auch Traumata vor oder während der Flucht sowie Überbelastung des Rückens wie schweres Tragen und psychischer Stress sein können [20].

Die häufigste Diagnose in unserer Studie ist die akute Infektion der oberen Atemwege. Diese Diagnose befindet sich nicht unter den 50 häufigsten Diagnosen in deutschen Arztpraxen. Ursache für das hohe Vorkommen der Diagnose in unserer Studie könnte das erhöhte Ansteckungsrisiko in Gemeinschaftsunterkünften sein. Auch die Exposition der Geflüchteten mit kaltem Wetter könnte ein Risikofaktor sein [21]. Natürlich sind auch deutsche Patienten dem kalten Winter in Deutschland ausgeliefert, jedoch können Geflüchtete das winterliche Wetter weniger gewohnt und auch weniger darauf vorbereitet sein.

Zahnschmerzen sind die zweithäufigste Diagnose in unserer Studie, kommen in den 50 häufigsten Diagnosen in Deutschland jedoch auch nicht vor. Zu beachten ist, dass die Abbildung die 50 häufigsten Diagnosen bei Allgemeinmedizinerinnen darstellt. Patienten in Deutschland gehen bei Zahnproblemen eher direkt zum Zahnarzt und nicht zum Allgemeinmediziner. Ursache für die Häufigkeit der Diagnose bei Geflüchteten könnte vor allem eine defizitäre Zahnhygiene in den Herkunftsländern oder während der Flucht sein [22, 23].

Als häufigste Diagnose der Gruppe „F00-F99: Psychische und Verhaltensstörungen“ ist die depressive Episode auf Platz 8 der häufigsten Diagnosen in deutschen Hausarztpraxen. Diese

Diagnose befindet sich in unserer Studie an 40. Stelle. Von einer depressiven Episode spricht man, wenn eine depressive Symptomatik länger als zwei Wochen aber nicht länger als sechs Monate anhält [24]. Ursache für die geringe Anzahl an Diagnosen in unserer Studie könnte zum einen sein, dass Geflüchtete anstelle einer geringen depressiven Symptomatik eher eine vollständige Depression oder aber eine posttraumatische Belastungsstörung bekommen. Diese beiden Diagnosen kommen in unserer Studie häufiger vor als die depressive Episode. Ein weiterer Grund könnte jedoch auch sein, dass Geflüchtete nicht lange genug in einer Unterkunft bleiben, um zu evaluieren, ob es sich um eine vollständige Depression oder um eine depressive Episode handelt.

Die posttraumatische Belastungsstörung ist in unserer Studie die häufigste Diagnose der Gruppe und ist auf Platz 5 aller gestellten Diagnosen. Es ist zu vermuten, dass die Ursache für das häufige Vorkommen der Diagnose in unserer Studie das Erleben von Traumata im Heimatland und auf der Flucht ist. In Deutschland zählt die Diagnose nicht zu den 50 häufigsten in deutschen Hausarztpraxen, was vermutlich der stabilen politischen und ökonomischen Situation des Landes zu verdanken ist.

5.1.3 Vergleich der Verteilung von Einzelgruppen und -diagnosen mit anderen Studien

5.1.3.1 Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)

Erkrankungen der Atemwege machten in unserer Studie insgesamt die größte Gruppe aller gestellten Diagnosen aus (15,7%). Die häufigste Einzeldiagnose dieser Gruppe war die „Infektion der oberen Atemwege“, wobei vor allem Personen aus Irak und Republik Moldau betroffen waren. Patienten aus Äthiopien und Nigeria machten, verglichen mit der Gesamtpopulation, einen geringeren Teil aus. Bei Kindern bis 10 Jahre wurden Diagnosen aus dieser Gruppe mit Abstand am häufigsten gestellt. Gängigstes Symptom war die Kombination aus Husten, Schnupfen und Halsschmerzen.

Auch *Alberer et al. 2015* fand heraus, dass bei Asylbewerbern in Deutschland die häufigsten Diagnosen Atemwegserkrankungen sind, gefolgt von unspezifischen viralen Infektionen [25]. Bei *van Berlaer et al. 2016* machen die Atemwegserkrankungen 35,5% der Diagnosen bei Asylbewerbern in Brüssel aus [26]. Auch andere Studien belegen das häufige Auftreten von Atemwegserkrankungen und vor allem von Atemwegsinfektionen bei Geflüchteten. Bei *Moran et al. 2019* waren Atemwegserkrankungen die häufigsten Diagnosen (26,3%) bei erwachsenen Geflüchteten [27]. *Kotsiou et al. 2018* berichteten, dass Atemwegsinfektionen die häufigste Diagnose (23%) bei Geflüchteten in Griechenland waren [28]. Auch *Hermans et al. 2017* untersuchte Geflüchtete in Griechenland (Lesbos) und kam zu dem Ergebnis, dass Atemwegsinfektionen dort die häufigste Diagnose waren [29]. Ähnliche Ergebnisse berichteten *Xu et al.*

2018, in deren Studie die Atemwegsinfektionen die häufigste Diagnose bei männlichen Geflüchteten in den USA ausmachten [30].

Daher zeigt sich, dass Atemwegserkrankungen eine sehr wichtige Rolle bei den Diagnosen von Geflüchteten spielen. Dies trifft nicht nur auf Geflüchtete in Deutschland, sondern auch in anderen europäischen und außereuropäischen Ländern zu. Die Infektion der Atemwege spielt dabei die größte Rolle unter allen Diagnosen. Atemwegsinfektionen sind häufig viraler Genese (Rhino-, Adeno-, Influenzaviren), wobei kalte Luft das Risiko für Atemwegsinfektionen erhöht [31, 32]. Möglicherweise trägt das kalte Klima in Europa zum Teil für das häufige Vorkommen der Erkrankung bei Geflüchteten in Europa bei. Die meisten Geflüchteten kommen aus Ländern mit einem wärmeren Klima und sind deshalb nicht an die winterlichen Bedingungen in Europa gewöhnt. Zusätzlich kann ein Mangel an adäquater Winterbekleidung ein weiterer Grund sein. Aber auch hier sind die verminderten hygienischen Bedingungen auf der Flucht sicherlich nicht zu vernachlässigen.

Es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass diese Gruppe der Erkrankungen auch in der deutschen Bevölkerung häufig vorkommt. Die Infektion der oberen Atemwege ist die vierthäufigste Diagnose in deutschen Allgemeinarztpraxen (12,7% der 100 häufigsten Diagnosen) [33]. Auch dies kann mit den winterlichen Bedingungen in Deutschland zu tun haben. Allerdings ist das Ansteckungsrisiko für Geflüchtete durch die hohe Prävalenz in Deutschland ebenfalls nicht zu vernachlässigen.

5.1.3.2 Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)

Die Erkrankungen des Verdauungssystems stellten mit 14,0% die zweitgrößte Gruppe aller gestellten Diagnosen in unserer Studie dar. Davon waren Zahnschmerzen (40,1%) und die akute Gastritis (21,0%) die häufigsten Einzeldiagnosen. Die Patienten kamen Großteils aus dem Irak aber auch die anderen häufigen Herkunftsländer Republik Moldau, Äthiopien, Nigeria und Syrien waren vertreten. Die am häufigsten assoziierten Symptome Zahnschmerzen und Bauchschmerzen passen zu den häufigen Diagnosen. Die häufigste Maßnahme war eine medikamentöse Therapie gefolgt von einer Überweisung zum Zahnarzt.

Auch andere Studien zeigen, dass Erkrankungen des Verdauungssystems eine häufig vorkommende Gruppe bei Geflüchteten in Europa sind. Die relative Häufigkeit wird mit einem Anteil von ca. 6,1-14,6% von allen gestellten Diagnosen angegeben [12, 14, 25, 27, 34, 35]. Auch das häufige Vorkommen von Zahnproblemen und Gastritiden wird bestätigt (Gastritis 15,2-26,9%; Zahnerkrankungen 12,4% der Erkrankungen des Verdauungssystems) [17, 29, 36]. Bei *van Berlaer et al. 2016* und *Parmentier et al. 2004* machen Zahndiagnosen sogar 1,5-9,5% aller Diagnosen im Gesamten aus [26, 37]. *El-Khatib et al. 2019* hebt das häufige Vorkommen von Durchfallssymptomen mit 2,51% aller Diagnosen bei Geflüchteten in Österreich hervor [38].

Die Datenlage zeigt, dass Erkrankungen des Verdauungstrakts eine große Rolle bei Geflüchteten spielen. Dabei sind Zahnerkrankungen oftmals die häufigste Diagnose dieser Gruppe. Ursache dafür sind vermutlich eine schlechte Zahnhygiene im Herkunftsland und besonders auf der Flucht. *Savage et al. 2019* untersuchte den Zahnstatus bei 1349 Nigerianern aus verschiedenen Regionen des Landes und fand die Häufigkeit von Zahnschmerzen bei 32,8% [23]. Im Irak liegt die Prävalenz von Karies bei Kindern sogar bei 62% [22]. Dies kann das gehäufte Vorkommen von Zahnerkrankungen bei Irakern in unserer Studie erklären. In unserer Studie wurden alle Patienten mit Zahnschmerzen zum Zahnarzt überwiesen. Was die genauen zahnärztlichen Diagnosen dieser Patienten waren und welche Maßnahmen daraufhin ergriffen wurden, lässt sich an dieser Stelle leider nicht sagen. Es zeigt jedoch, dass eine gute zahnärztliche Versorgung bei Geflüchteten eine wichtige Rolle spielt.

Auch die akute Gastritis ist eine häufige Erkrankung bei Geflüchteten. Ätiologie der akuten Gastritis sind häufig Lebensmittelvergiftungen, Medikamente und akute Infektionskrankheiten [31]. Welcher diese Faktoren bei Geflüchteten die größte Rolle spielt, ist schwierig zu sagen. Es kann jedoch vermutet werden, dass die Helicobacter-Gastritis eine wesentliche Rolle spielt (siehe Infektiöse Erkrankungen A00-B99). Helicobacter-Infektionen sind in unserer Studie der Gruppe der infektiösen und parasitären Erkrankungen zugeordnet. Es ist aber durchaus wahrscheinlich, dass Infektionen unerkannt bleiben und nur die manifestierte Gastritis diagnostiziert wird. Gastritiden spielen allerdings auch in der deutschen Bevölkerung eine größere Rolle. In Deutschland zählen Gastritis und Duodenitis ebenfalls zu den häufigsten Diagnosen in Hausarztpraxen (Platz 10 der häufigsten Diagnosen) [33].

5.1.3.3 Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen (A00-B99)

Vermehrte Flüchtlingsbewegungen generieren bei der einheimischen Bevölkerung häufig Angst und Sorge über die Gefahr der Ansteckung durch Infektionskrankheiten [39]. Aus diesem Grund sollen an dieser Stelle die Ergebnisse zu Infektions- und parasitären Erkrankungen genauer betrachtet werden und mit der aktuellen Studienlage verglichen werden.

Infektiöse und parasitäre Erkrankungen machten in unserer Studie die drittgrößte Gruppe der Diagnosen aus (11,1%). Davon waren vor allem Patienten aus der Republik Moldau und Äthiopien betroffen. Die Altersverteilung ähnelte der der Gesamtpopulation.

Die Studienlage bei Infektionserkrankungen von Geflüchteten ist nicht eindeutig. Ort der Studie und Herkunftsländer der Geflüchteten spielen eine große Rolle bei den Ergebnissen. Betrachtet man jedoch die deutschen Studien der letzten Jahre (*Goodman et al. 2018, Kleinert et al. 2019*), so kommt man zu einem ähnlichen Ergebnis. Die Häufigkeit von infektiologischen Erkrankungen (A00-B99) bei Geflüchteten in Deutschland liegt bei 5-11% der gestellten Diagnosen [12, 17]. *Alberer et al. 2016* untersuchten gesondert die infektiologischen Krankheitsbilder bei Geflüchteten in München und kamen zu dem Ergebnis, dass Malaria, Hauterkrankungen

und Schistosomiasis die drei häufigsten Diagnosen dieser Gruppe sind [25]. Geflüchtete mit diesen Krankheitsbildern kamen allerdings auch überwiegend aus Ländern, in denen die Prävalenz dieser Erkrankungen höher ist (Eritrea, Somalia, Senegal). Die Ergebnisse decken sich nicht mit unserer Studie, in der die drei häufigsten Erkrankungen dieser Gruppe Scabies, Hepatitis B und eine Infektion durch *Helicobacter pylori* waren. Dies kann an unterschiedlichen Schwerpunkten im Screening, aber auch an den unterschiedlichen Prävalenzen in den verschiedenen Herkunftsländern liegen. Im Ankerzentrum Regensburg wird beispielsweise nicht standardmäßig, sondern lediglich bei Symptomen, nach Malaria gescreent.

In unserer Studie zeigte sich insbesondere bei syrischen Geflüchteten eine besonders hohe Anzahl an infektiologischen Diagnosen. Manche Studien zeigen bei syrischen Geflüchteten eine Prävalenz von ca. 43% [34, 40, 41]. Dies könnte mit dem nach wie vor bestehenden Konflikt im Land und dem darauffolgenden Einbruch des Gesundheitssystems in Verbindung stehen [42]. Allerdings könnte auch die bessere Studienlage zu syrischen Geflüchteten ein weiterer Grund für die erhöhte Erfassung der Infektionszahlen in Syrien, im Vergleich zu Nachbarländern wie Irak und Afghanistan eine Rolle spielen.

In der Gruppe der Infektionskrankheiten bildete Scabies die häufigste Einzeldiagnose. Die meisten Patienten mit dieser Diagnose stammten aus dem Irak und waren zwischen 21 und 40 Jahre alt. Betroffen waren fast nur Männer (93,1%). Das vermehrte Vorkommen der Diagnose bei Irakern im Vergleich zu Geflüchteten aus anderen Herkunftsländern könnte mit der Struktur des Ankerzentrums zu tun haben. Im Jahr 2018 wurden Geflüchtete aus Irak und Syrien in einem Gebäudekomplex untergebracht, während Geflüchtete aus Nigeria und Äthiopien in einem räumlich getrennten Komplex wohnten. So ist es wahrscheinlich, dass sich Personen, die im selben Komplex wohnen eher mit durch die Krätzmilbe übertragene Scabies anstecken können. Eine Übertragung in den anderen Gebäudekomplex ist durch die räumliche Trennung schwieriger. Jedoch beschreibt auch *Abdulghani Mohamad Alsamarai 2009* ein Vorkommen von Scabies mit 11,1% bei Patienten einer dermatologischen Klinik im Irak [43]. Somit ist auch im Herkunftsland mit einem vermehrten Vorkommen der Erkrankung zu rechnen. Außerdem ist die Möglichkeit der Ansteckung auf der Fluchtroute aufgrund mangelnder hygienischer Umstände in Betracht zu ziehen.

In anderen Studien wird das häufige Vorkommen von Scabies bei Geflüchteten belegt. Es macht mit einer Prävalenz von 11 bis 14% mit eine der häufigsten Diagnosen bei Geflüchteten aus [12, 17, 25]. Auch in diesen Studien wurden Geflüchtete untersucht, die sich erst seit kurzer Zeit in Deutschland befanden und überwiegend in Gemeinschaftseinrichtungen untergebracht waren.

Die zweithäufigste Diagnose dieser Gruppe ist mit 13,3% die chronische Hepatitis B. Personen mit dieser Diagnose kamen vor allem aus Republik Moldau, Äthiopien und Nigeria. Auffällig

ist, dass kein Patient aus dem Irak stammt, obwohl dies das häufigste Herkunftsland ist. Betroffen waren vermehrt 31- bis 50-Jährige. Bei vielen Patienten war, außer regelmäßige Laborkontrollen, keine Therapie vonnöten.

Sowohl bei *Frost et al. 2019* also auch bei *Goodman et al. 2018* macht die Hepatitis B einen eher geringen Anteil an Diagnosen bei Geflüchteten aus [17, 41]. Bei einer Untersuchung von Kurden aus dem Irak ergab sich eine Prävalenz eines positiven „hepatitis b surface antigen“ (HBsAg) von 2,2% [44]. In der Republik Moldau hingegen liegt die Prävalenz eines positiven HBsAg bei ca. 8%, in Nigeria bei ca. 13,6% [45, 46]. Somit könnte das vermehrte Vorkommen der Erkrankung bei Personen aus Republik Moldau mit der erhöhten Prävalenz im Heimatland zu tun haben.

Obwohl die Diagnose auch bei Äthiopiern häufig vorkommt, ist die Prävalenz der Erkrankung im Heimatland eher niedrig. Die Prävalenz von positivem HBsAg liegt in Äthiopien bei 3,9% [47].

Eine weitere häufige Diagnose dieser Gruppe ist die Infektion mit *Helicobacter pylori*. Hiervon sind vor allem Personen aus Äthiopien und Nigeria betroffen. Die meisten Patienten waren zwischen 31 und 50 Jahre alt. Betroffen waren mehr Männer als Frauen.

Bisher ist wenig bekannt über die Prävalenz von *Helicobacter*-Infektionen bei Geflüchteten in Europa. *Morais et al. 2017* beschreibt, dass bei Migranten der ersten Generation die *Helicobacter*-Rate höher ist als in der Gesamtbevölkerung des Ziellandes. Die Raten sinken pro Generation der Nachkommen, bleiben aber oft höher als die Infektionsrate der Normalbevölkerung des Ziellandes [48]. Dies spricht dafür, dass eine *Helicobacter pylori*-Infektion vor allem in der Kindheit von Familienmitgliedern übertragen werden [48]. Außerdem scheinen die Infektionen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, der Größe des Haushaltes und bereits vorhandenen Infektionen bei Familienmitgliedern assoziiert zu sein [49–51].

Das erhöhte Vorkommen von *Helicobacter pylori*-Infektionen in unserer Studie kann mit der hohen Prävalenz in den Herkunftsländern zusammenhängen. Sie liegt in Nigeria bei 78,7% und in Äthiopien bei 52,2% [52, 53].

5.1.3.4 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)

Die Gruppe der muskuloskelettalen Krankheiten machte mit 8,9% die viertgrößte Gruppe aller gestellten Diagnosen aus. Die häufigsten Diagnosen dieser Gruppe stellten die Wirbelsäulensyndrome dar. Dabei waren körperliche Schmerzen, v.a. Rückenschmerzen, die häufigste Ursache für den Arztbesuch. Die Verteilung der Herkunftsländer entsprach in etwa der der Gesamtpopulation, mit einem etwas erhöhten Anteil an Irakern (+9,9%). Die Diagnosen betrafen vor allem über 20-Jährige.

In den meisten Studien machen die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes 6-18% der gestellten Diagnosen bei Geflüchteten aus [12, 26, 27, 34, 35]. Die

Spanne ist somit relativ groß, die Ergebnisse unserer Studie passen damit gut ins Bild. Bei *Frost et al. 2019* und *Shortall et al. 2017* werden Schmerzen der Lendenwirbelsäule und Gelenkschmerzen als die häufigsten Symptome dieser Gruppe beschrieben [41, 54]. Auch dies entspricht den Ergebnissen unserer Studie, in der chronische Schmerzen die häufigste Ursache für den Arztbesuch darstellten. Bei *Goodman et al. 2018* machten Gelenkschmerzen (19,2%) und Schmerzen einer Extremität (16,0%) einen weitaus höheren Anteil aus als Schmerzen im unteren Rücken (6,52%) [17]. Ursachen für die Symptome und Erkrankungen werden allerdings nur selten beschrieben. Nicht auszuschließen sind vermutlich Gewalterfahrungen auf der Fluchtroute. Körperliche Gewalt wurde zwar teilweise als Ursache für Schmerzen dokumentiert. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass Patienten nicht immer von der Ursache ihrer Schmerzen berichten. Daher ist eine genaue Darstellung von Schmerzzursachen schwierig. Eine weitere Ursache könnten degenerative Veränderungen sein. Die Altersverteilung in unserer Studie würde dafürsprechen: hier waren überwiegend die 31- bis 40-Jährigen von einer Diagnose dieser Gruppe betroffen [55].

Die Gruppe der muskuloskelettalen Erkrankungen stellt zusammenfassend eine wichtige Diagnosegruppe dar. Allerdings muss man beachten, dass auch in der deutschen Bevölkerung Diagnosen aus dieser Gruppe häufig vorkommen. Rückenschmerz ist die dritthäufigste Diagnose in deutschen Hausarztpraxen (16,4% der 100 häufigsten Diagnosen) [33].

5.1.3.5 Psychische- und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Die Gruppe der psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen machte in unserer Studie den fünftgrößten Anteil an Diagnosen aus. Davon waren die posttraumatische Belastungsstörung, die akute Depression und die depressive Episode die häufigsten Einzeldiagnosen. Betroffene kamen vor allem aus Irak und Äthiopien. Dabei fällt auf, dass, verglichen mit der Gesamtpopulation, Personen aus Äthiopien besonders häufig betroffen waren. In fast jeder Altersklasse gab es eine Diagnose dieser Gruppe. Betroffen waren mehr Männer als Frauen. Das am häufigsten angegebene Symptomkomplex ist „Schlafstörung, Grübeln, Ängste“. Dies passt als Hauptsymptom für die häufig angegebenen Diagnosen. Allerdings gab es auch 16 Fälle von körperlicher Gewalt und Vergewaltigung, die zu einer Diagnose dieser Gruppe geführt haben. Die meisten Patienten wurden an einen Psychiater überwiesen. Im Ankerzentrum Regensburg gibt es einen Psychiater, der mindestens einmal pro Woche Sprechstunden für die Geflüchteten hält. Diese Besuche wurden als Überweisung zum Psychiater aufgefasst, zählen jedoch trotzdem zu den gezählten Arztbesuchen im medizinischen Bereich.

Bereits zitierte Studien über den Gesundheitszustand von Geflüchteten beschreiben eine Häufigkeit der Gruppe der Psychischen und Verhaltensstörungen mit 8-11% [12, 36]. Dies ist etwas höher als die in dieser Studie beschriebenen Prävalenz, kann jedoch an der hohen Anzahl an Personen aus der Republik Moldau in der Gesamtpopulation liegen, die in unserer Studie in dieser Diagnosegruppe eher selten vertreten sind.

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist die häufigste Diagnose dieser Gruppe. Betroffene stammen vor allem aus dem Irak, aber verglichen mit der Gesamtpopulation sind Patienten aus Äthiopien besonders häufig betroffen. Auch hier ist die Hauptbeschwerde „Schlafstörung, Grübeln, Ängste“, jedoch geben 16 Patienten auch irgendeine Form der körperlichen oder sexuellen Gewalt als Ursache an.

Die PTBS ist ein Komplex aus Symptomen, die als Folge eines kurz- oder langanhaltenden traumatischen Ereignisses gesehen werden können und mindestens seit sechs Monaten bestehen [56]. Dazu gehören Wiedererleben des Traumas (Flashbacks), Vermeidung von bestimmten Situationen und Hyperarousal (Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten). Es liegt auf der Hand zu vermuten, dass die Prävalenz für eine PTBS bei Geflüchteten aufgrund von traumatischen Erlebnissen im Herkunftsland und während der Flucht hoch sein könnte. Tatsächlich liegt die Prävalenz bei Geflüchteten in Deutschland je nach Studie bei 11-35% [57–61]. Bei *Frost et al. 2019* machen PTBS und Depression sogar 40,6% der psychiatrischen Diagnosen aus, allerdings bei Geflüchteten in den USA. [41]. *Keygnaert et al. 2015* geht davon aus, dass 58,36% der Geflüchteten in Europa eine Form von sexueller oder geschlechtsspezifischer Gewalt erlebt haben [62]. Auch in unserer Studie gaben insgesamt 18 Patienten irgendeine Form von sexueller oder körperlicher Gewalt an. Diese Gewaltexposition trägt wiederum zur Entstehung und zum Ausmaß der PTBS bei [63]. Es ist jedoch nicht erwiesen, ob Alter und Geschlecht zur Ausbildung einer PTBS beitragen [63].

Des Weiteren stellt sich die Frage, wieso gerade Personen aus Äthiopien, verglichen mit ihrer Anzahl in der Gesamtpopulation, so stark betroffen sind. Äthiopien ist seit vielen Jahren geprägt von ethnischen, religiösen, politischen und wirtschaftlichen Konflikten, die immer wieder zu gewaltvollen Auseinandersetzungen eskalieren [64]. Dies prädestiniert für Traumata und entsprechende Folgen. Einige Studien beschreiben die Prävalenz von PTBS bei Äthiopiern mit 19,9% - 37,3% [65–67]. Diese Studien untersuchen jedoch Patienten in Äthiopien nach einem oder mehreren spezifischer Traumata (Verkehrsunfälle, Erdbeben etc.). Somit sind diese Daten nur bedingt mit der Prävalenz in unserer Studie zu vergleichen, in der nicht zwischen der Art des Traumas differenziert wurde. Allerdings erleben auch Geflüchtete der anderen Herkunftsstaaten Traumata im Herkunftsland und auf der Flucht. Dies kann also nicht der alleinige Grund für die hohe Anzahl der Diagnosen bei Äthiopiern sein.

Zusammenfassend lässt sich die Aussage treffen, dass die psychischen Erkrankungen eine tragende Rolle beim Erkrankungsspektrum von Geflüchteten spielen. Ursache könnten traumatische Erlebnisse im Herkunftsland und auf der Flucht sein, wobei die psychischen Folgen sexueller Gewalt hervorzuheben sind. Besonders betroffen sind Geflüchtete aus Äthiopien und Irak. Die große Anzahl an Diagnosen von psychischen Erkrankungen zeigt, wie wichtig eine adäquate psychiatrische und psychologische Versorgung für Geflüchtete ist. Eine Verbesserung der Symptome und die Verarbeitung des Traumas können dann langfristig die Integration

und Eingliederung in die Gesellschaft unterstützen. Hierfür ist eine Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten allerdings unerlässlich.

5.1.3.6 Krankheiten der Haut und Unterhaut (L00-L99)

Die Erkrankungen der Haut und Unterhaut machten 6,1% der Diagnosen aus. Verglichen mit der Gesamtpopulation war ein leicht erhöhter Anteil der Patienten aus Irak und Äthiopien erkennbar. Jede Altersgruppe bis 70 Jahre war von einer Diagnose betroffen. Die drei häufigsten Diagnosen dieser Gruppe waren „Ekzem“, „Akne“ und „Abszess“. Dies spiegelte sich auch in den assoziierten Symptomen wider.

Bisherige Studien zeigen, dass Erkrankungen der Haut und Unterhaut bei Geflüchteten eine Häufigkeit von 3,6%-15% aller Diagnosen ausmachen kann [12, 14, 17, 26, 35]. Diese große Spannweite an Ergebnissen kann verschiedene Gründe haben. Neben Unterschieden in der Untersuchungsgruppe (Herkunftsland, Alter) ist auch eine unterschiedliche Gruppeneinteilung verantwortlich. Auch in dieser Gruppe kann es vorkommen, dass gewisse infektiologische Krankheitsbilder, die Symptome auf der Haut hervorrufen, in verschiedenen Gruppen eingeteilt werden.

In unserer Studie ist die Gruppe der Hauterkrankungen die sechsthäufigste. Da jedoch oft keine Spezifizierung der Diagnosen vorliegt (z.B. Kontaktekzem, allergisches Ekzem), ist es schwierig auf die Genese der verschiedenen Diagnosen zu schließen. Auch die Diagnose „Abszess“ wurde nicht genauer spezifiziert. So kann nicht festgestellt werden, wo sich der Abszess befand und welcher Keim eventuell verantwortlich war.

5.1.3.7 Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)

Krankheiten des Urogenitalsystems bildeten in unserer Studie die sechstgrößte Gruppe der gestellten Diagnosen (N = 97; 5,3%). Diagnosen dieser Gruppe wurden vermehrt bei Irakern und seltener bei Moldawiern und Äthiopiern gestellt. Insbesondere waren Personen zwischen 31 und 40 Jahren sowie überwiegend Frauen betroffen. Insgesamt 25,8% mussten einen Facharzt besuchen.

Auch andere Studien stellen die Häufigkeit von Erkrankungen des Urogenitalsystems bei Geflüchteten dar. Bei *Kleinert et al 2019* macht die ICD-Gruppe N00-N99 die viertgrößte Gruppe der gestellten Diagnosen aus [12]. *Moran et al 2019* beschreibt urogenitale Krankheitsbilder mit einer Häufigkeit von 10,5% bei Frauen zwischen 18 und 35 Jahren [27].

Die häufigste Diagnose der Gruppe „N00-N99“ ist die akute Harnwegsinfektion (N = 34; 35,05%). Besonders oft kam die Diagnose bei Irakern vor. Das häufigste Symptom der akuten Harnwegsinfektion ist „Brennen beim Wasserlassen“ (91,18%). Bei 94,12% reichte eine medikamentöse Therapie zur Behandlung aus.

Auch bei *Goodman et al. 2018* ist die Harnwegsinfektion die häufigste der urogenitalen Diagnosen (19,3%) [17]. Ursache für das häufige Vorkommen können schlechte hygienische Bedingungen während der Flucht sein. Allerdings wird das häufige Vorkommen von Harnwegsinfektionen von anderen Studien nicht bestätigt. Bei *Hermans et al. 2017* und *van Berlaer et al. 2016* machen die Krankheiten des Urogenitaltraktes und die Harnwegsinfektion eher einen geringen Anteil aus [26, 29]. Es kann also nicht mit Sicherheit gesagt werden, wie groß die Rolle der urogenitalen Erkrankungen bei Geflüchteten ist, da diverse Studien auf andere Ergebnisse kommen.

Hofmann und Rösch 2018 beschreiben ein vermehrtes Auftreten von Harnsteinerkrankungen bei geflüchteten Kindern [68]. *Kara et al. 2016* zeigt ein vermehrtes Vorkommen von angeborenen Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwegen (CAKUT) bei Kindern [69]. Beides konnte durch diese Studie nicht unterstützt werden.

5.1.3.8 Verletzungen, Vergiftungen und Folgen äußerer Ursache (S00-T98)

Die Gruppe der Verletzungen und Vergiftungen machte 4,8% aller gestellten Diagnosen aus. Frakturen von Extremitäten waren die häufigste Einzeldiagnose dieser Gruppe. Es gab kein Herkunftsland, das überragend häufiger vorkam als andere. Betroffen waren vor allem Männer und unter 41-Jährige. Verletzungssituationen waren vor allem im Alltag (besonders bei Kindern) und beim Sport. Allerdings waren sie auch Resultate von körperlicher Gewalt oder Schüssen. Die Wundversorgung war die häufigste Form der Therapie. Allerdings musste auch zu diversen Fachärzten sowie in die Notaufnahme überwiesen werden.

Bei anderen Studien, die die Häufigkeit von Verletzungen und Vergiftungen bei Geflüchteten betrachtet haben, machte diese Gruppe etwa 3-8,5% der gestellten Diagnosen aus und bildete somit eine vergleichsweise große Gruppe [12, 26, 27]. Bei *Goodman et al. 2019* stand die ICD-Gruppe S00-T98 an sechster Stelle der Diagnosen; Frakturen waren die dritthäufigste Diagnose dieser Gruppe (nach unspezifischen Verletzungen und Wundinfektionen) [17]. Auch *Xu et al. 2018* stellte fest, dass Frakturen von Extremitäten vor allem bei geflüchteten Männern vorkommen [30]. Bei *Pfortmueller et al. 2016*, die die Diagnosen bei Geflüchteten in der Schweiz betrachteten, waren 37,0% der Traumata das Resultat von Gewalt [34]. *Duzkoylu et al. 2017* untersuchte Geflüchtete in der Türkei nahe der syrischen Grenze, und stellte eine signifikant höhere Anzahl von Traumata bei Geflüchteten fest als bei der Lokalbevölkerung [70]. *Duramaz et al. 2017* gab an, dass 47,3% der Traumata bei geflüchteten Syrern stumpfe Traumata waren. 23,1% der Traumata waren Schusswunden [71].

Zusammenfassend kann man sagen, dass Traumata mit Krieg, Gewalt und politischen Konflikten einhergehen. Bei Geflüchteten in Deutschland ist zu bedenken, dass die Gefahr, ein akutes Trauma durch Gewalt zu erleiden, wahrscheinlich niedriger ist als im Heimatland. Die meisten Traumata in dieser Studie waren durch Alltagssituationen bedingt. Des Weiteren ist zu vermuten, dass viele Gewalterfahrungen und Verletzungen in psychischen Traumata

und/oder chronischen Schmerzen resultieren, die dann in Deutschland behandelt werden und in dieser Studie unter andere Diagnosekriterien fallen.

5.1.3.9 Symptome, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)

In der Gruppe „R00-R99“ werden alle Symptome beschrieben, die anderswo nicht einzuordnen sind. Dementsprechend groß ist das Spektrum an Symptomen unterschiedlicher Organsystemen, die in diese Diagnosegruppe fallen. Die gesamte Gruppe machte in unserer Studie 4,2% aller gestellten Diagnosen aus und war daher im mittleren Bereich der Diagnosehäufigkeit. Besonders betroffen waren Patienten aus Äthiopien und Personen im Alter zwischen 41 und 50 Jahren. Beide Geschlechter waren etwa gleich häufig betroffen. Insgesamt wurden 16,7% zu acht verschiedenen Fachärzten und Spezialisten überwiesen. An dieser Stelle wird deutlich, wie wichtig ein guter Zugang für Geflüchtete zu niedergelassenen Fachärzten ist.

Es gibt wenige Studien, die die Häufigkeit von Diagnosen aus der gesamten Gruppe „R00-R99“ betrachteten. Bei *Kleinert et al. 2019* machte diese Gruppe 42% der Diagnosen aus und ist somit die am stärksten vertretene Gruppe [12].

Die häufigste Einzeldiagnose dieser Gruppe ist „Kopfschmerz“. Sie machte 42,3% der Diagnosen dieser Gruppe aus. Auch hier waren Personen aus Äthiopien sowie 41- bis 50-Jährige besonders häufig betroffen. Interessanterweise gaben nicht alle Patienten Kopfschmerzen als Hauptsymptom an, sondern auch Bauchschmerzen, Schlafstörungen/Grübeln/Ängste und körperliche Gewalt. Die meisten Patienten bekamen eine medikamentöse Therapie.

In anderen Studien werden Kopfschmerzen mit einer Häufigkeit von 4,6%-14,0% bei Geflüchteten beschrieben [14, 30, 37]. Somit zählen Kopfschmerzen zu den häufigsten Symptomen bei Geflüchteten. Andere Studien betrachteten Kopfschmerzen im Zusammenhang mit neurologischen Krankheitsbildern. Auch hier fällt das Symptom zu den häufigsten bzw. zweithäufigsten Symptomen in der Gruppe [25, 72–74].

Eine Ursache für das häufige Vorkommen von Kopfschmerzen bei Geflüchteten hat vermutlich damit zu tun, dass Kopfschmerzen ein sehr unspezifisches Symptom sind und mit einem großen Spektrum an Erkrankungen assoziiert sein kann. Differentialdiagnosen beim Leitsymptom Kopfschmerz können u.a. Migräne, Spannungskopfschmerzen, posttraumatische Kopfschmerzen, Depressionen und Subarachnoidalblutungen sein [75]. Es sind also neurologische, psychosomatische und traumatische Ursachen zu berücksichtigen. Ein weiterer Grund ist vermutlich auch die erhöhte Exposition gegenüber psychischer Belastung, Stress und psychischen Traumata.

Patienten aus Äthiopien scheinen besonders häufig von Kopfschmerzen betroffen zu sein. Und tatsächlich ist die Prävalenz von Kopfschmerzen in der äthiopischen Bevölkerung mit 44,9% relativ hoch [76]. Als Ursachen werden unter anderem das häufige Vorkommen von Migräne und die Überdosierung von Medikamenten genannt [77]. Außerdem fand man heraus, dass die städtische Bevölkerung in Äthiopien stärker betroffen ist als die ländliche Bevölkerung [76].

Zusammenfassend kann man behaupten, dass der Kopfschmerz eine häufige Diagnose bei Geflüchteten ist. Die Ätiologie lässt sich jedoch oft schwer differenzieren.

5.1.3.10 Weibliche Genitalverstümmelung - Female Genital Mutilation

Aufgrund des häufigen Vorkommens wird bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, vor allem auf die weibliche Genitalverstümmelung eingegangen.

Als Weibliche Genitalverstümmelung bezeichnet man eine willentliche Veränderung oder Verletzung der weiblichen Genitalien ohne medizinische Indikation [78]. Sie wird von der WHO in vier Typen eingeteilt (Abbildung 17).

Typ I	Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris mit oder ohne Entfernung der Klitorisvorhaut oder Entfernung nur der Klitorisvorhaut = Klitoridektomie.
Typ II	Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Schamlippen = Exzision.
Typ III	Verengung des Scheideneingangs durch mehr oder weniger ausgeprägten Hautverschluss durch Entfernung der kleinen und/oder großen Schamlippen mit oder ohne Entfernung der Klitoris und anschließendem Aneinanderfügen des Gewebes = Infibulation.
Typ IV	Sonstige schädliche Praktiken am weiblichen Genitale.

Abbildung 17: Einteilung der weiblichen Genitalverstümmelung nach WHO - Weltgesundheitsorganisation 2008 [79]

Neben starken Schmerzen während und nach dem Vorgang der Verstümmelung können sich für die Frauen langfristige Gesundheitsrisiken wie chronische genitale Infektionen, schmerzhaftes Urinieren sowie Komplikationen bei Geburten einstellen [80].

Die Prävalenz von FGM bei Frauen zwischen 15 und 49 Jahren liegt in Äthiopien bei 65,2% (Stand 2016) und in Nigeria bei 29,6% (Stand 2008) [81, 82]. Einige Quellen bestätigen sogar ein Vorkommen von FGM im Irak mit einer Prävalenz von bis zu 7,4% [83–86].

Insgesamt hatten 54 Frauen, die 2018 im Ankerzentrum lebten, in ihrer Vergangenheit eine Genitalverstümmelung. Dies macht die FGM zur einer der vier häufigsten Diagnosen dieser Studie. Betroffen waren vor allem Frauen aus Äthiopien und Nigeria zwischen 21 und 40 Jahren. Allerdings war auch eine Frau aus dem Irak sowie eine Frau aus Sierra Leone betroffen. Die weibliche Genitalverstümmelung stellt also nach wie vor ein globales Problem dar, das auch bei Geflüchteten nicht unterschätzt werden darf. Das häufige Vorkommen der FGM zeigt, dass ein Screening mit einer damit verbundenen Anbindung an die Gynäkologie zur Vorbeugung langfristiger Gesundheitsrisiken sinnvoll ist.

5.1.3.11 Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)

Die Krankheiten des Kreislaufsystems machten 3,7% aller gestellten Diagnosen aus. Patienten kamen vor allem aus Irak und Republik Moldau, wobei Personen aus Republik Moldau die

Hälfte aller Patienten ausmachte. Betroffen waren überwiegend Erwachsene zwischen 41 und 60 Jahren. Dies passt in das Altersspektrum vieler Erkrankungen dieser Gruppe. Vielen Patienten war ihre Erkrankung bereits bekannt und sie benötigten eine Fortsetzung ihrer medikamentösen Therapie. Andere Studien zeigen eine Häufigkeit von Erkrankungen des Kreislaufsystems bei Geflüchteten in Deutschland von 6-8% [12, 14]. Auch bei *Mohammadzadeh et al. 2016* gehört diese Gruppe der Erkrankungen zu den weniger häufigen (keine Prozentangabe in der Studie) bei Geflüchteten in Deutschland [35].

Die häufigste Diagnose dieser Gruppe war die arterielle Hypertonie (66,2%). Auch hier stammten die meisten Patienten aus Republik Moldau oder Irak und sind über 40 Jahre alt. Bei *Goodman et al. 2018* wurde die Hypertonie mit allen chronischen Erkrankungen gruppiert und kommt dort mit einer Häufigkeit von 42,3% bei Geflüchteten in Deutschland vor [17]. Bei *Alberer et al. 2016* hatten drei Personen von 329 Hypertonie (bei Geflüchteten in Deutschland) [25]. Bei *Frost et al. 2019* machte die Hypertonie 33,6% der kardiologischen Erkrankungen bei älteren Geflüchteten (über 60) in den USA aus [41]. Die arterielle Hypertonie kann also als häufige Erkrankung bei älteren Geflüchteten betrachtet werden. Über die Prävalenz der Erkrankung in den jeweiligen Herkunftsländern ist jedoch wenig bekannt. So stellte beispielsweise *Botnar et al. 1990* bei Screeningverfahren fest, dass 24,4% von untersuchten Personen in der ländlichen Gebieten der Republik Moldau unter erhöhtem Blutdruck litten ohne jemals die Diagnose oder Therapie einer arteriellen Hypertonie erhalten zu haben [87]. Dies liegt wahrscheinlich an mangelnder medizinischer Versorgung gerade in den ländlichen Regionen vieler Länder. Ein anderer Grund für die häufige Diagnose bei Patienten aus der Republik Moldau könnte die Altersverteilung sein. Wenn diese Patienten aus der Gesamtpopulation überwiegend über 40 Jahre alt sind, ist somit auch die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie eine arterielle Hypertonie haben. Die Auswertung der Altersverteilung der Herkunftsländer ergab allerdings, dass dies nicht der Fall ist. Über die Hälfte der Patienten aus der Republik Moldau war unter 30 Jahre alt.

In Deutschland macht die primäre Hypertonie die häufigste Diagnose in Hausarztpraxen aus (33,4% der 100 häufigsten Diagnosen) und kommt dort somit häufiger vor als bei Geflüchteten [33]. Dies könnte bedeuten, dass Personen in Deutschland eher den Risikofaktoren für die arterielle Hypertonie ausgesetzt sind. Diese sind vor allem Übergewicht und Bewegungsmangel [19]. In unserer Studie wurde kein BMI erhoben, was den Vergleich schwierig macht. Man kann aber vermuten, dass bei Geflüchteten der Risikofaktor Bewegungsmangel zu vernachlässigen ist. Dies könnte zumindest teilweise zur niedrigeren Prävalenz der arteriellen Hypertonie bei Geflüchteten beitragen.

5.1.3.12 Seltene Diagnosegruppen

Krankheiten des Ohres (H60-H95)

Mit 3,2% aller Diagnosen gehörten die Krankheiten des Ohres zu den selteneren. Häufige Herkunftsländer von Personen dieser Krankheitsgruppe waren die Republik Moldau und der Irak, wobei vor allem Kinder zwischen 0 und 10 Jahren betroffen waren. Otitis media und Otitis externa sind die häufigsten Einzeldiagnosen dieser Gruppe. Dazu passte auch das häufigste Symptom „Ohrenschmerzen“ sowie die Altersverteilung der Patienten. Die meisten Patienten mit einer Otitis media stammten aus der Republik Moldau.

Bereits zitierte Studien beschrieben eine Prävalenz von Ohrenerkrankungen von ca. 2-5% [12, 17]. Einige Studien berichten ein häufiges Vorkommen (bis zu 9%) von HNO- Symptomen bei Geflüchteten [14, 29]. Bei *Moran et al 2019*, die Geflüchtete in Israel untersuchten, traten Erkrankungen der Augen und Ohren bei unter 18-Jährigen zu 7,3% auf [27]. Auch hier spielten Ohrenerkrankungen also eine eher marginale Rolle.

Die Otitis media ist eine häufige akute Erkrankung bei Kindern [88]. Es wird jedoch vermutet, dass Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status ein erhöhtes Risiko für eine Otitis media haben [89]. Somit wären geflüchtete Kinder ebenfalls einem erhöhten Risiko ausgesetzt. Und tatsächlich macht die Otitis media 5,27% der 100 häufigsten Diagnosen bei niedergelassenen HNO-Ärzten in Deutschland aus [90]. Auch in unserer Studie ist die Diagnose mit 1,68% die elfthäufigste. In beiden Studien wurden allerdings Erwachsene und Kinder gleichermaßen betrachtet.

Krankheiten des Auges (H00-H59)

Krankheiten des Auges traten in unserer Studie mit einer Häufigkeit von 3,2% auf. Vor allem waren Personen aus der Republik Moldau und dem Irak betroffen. Jede Altersgruppe bis 70 Jahre war vertreten. Die häufigste Diagnose war die Konjunktivitis. Dazu passt das häufigste Symptom „Reizung der Augen (Rötung, Jucken, Schmerzen)“. Von der Konjunktivitis betroffen waren auch vor allem Patienten aus der Republik Moldau und dem Irak. Auch hier waren alle Altersgruppen vertreten.

Auch andere Studien beschreiben eine Häufigkeit von Augenerkrankungen bei Geflüchteten von ca. 2-7% [12, 17, 26]. Dies lässt sich gut mit den Ergebnissen unserer Studie vereinbaren. Allerdings machen bei *Frost et al. 2019* die Augenerkrankungen 62,7% der Diagnosen aus, die Sehkräftminderung ist mit 44,7% die häufigste Augendiagnose [41]. Hierbei handelt es sich allerdings um Geflüchtete in den USA, die das 60. Lebensjahr bereits überschritten hatten. Dies könnte die erhöhte Prävalenz, vor allem der Sehkräftminderung, erklären. Da die Patienten in unserer Studie im Schnitt jünger sind, ist generell eine geringere Anzahl an degenerativeren Erkrankungen zu erwarten. Auch bei *Alberer et al. 2016* ist die Konjunktivitis die häu-

figste Diagnose an den Augen [25]. In anderen Studien wird die Sehschwäche bei Geflüchteten mit einer Prävalenz von 0,9-6,9% beschrieben [91, 92]. Dies passt zu den Ergebnissen unserer Studie, in der nur vier Patienten die Diagnose „Sehminderung“ erhielten. Dies macht innerhalb der Gruppe der Augenerkrankungen 6,8% aus, im Gesamten nur 0,2%.

Es wird deutlich, dass die akuten, infektiösen Krankheitsbilder des Auges eine größere Rolle spielen als altersbedingte Degenerationen. Auch hier könnte eine veränderte Altersverteilung eine Erklärung liefern. Die Konjunktivitis ist eine Erkrankung, die eher bei jüngeren Patienten (mittleres Alter 26 Jahre) auftritt [93].

Bei den Diagnosen wurde allerdings nicht zwischen einer bakteriellen und einer viralen Konjunktivitis differenziert. Dies macht es schwierig, die Verteilung der Herkunftsländer zu interpretieren. Zu berücksichtigen sind jedoch in jedem Fall unterschiedliche hygienische Bedingungen in den Herkunftsländern und auf der Fluchtroute. Auch die Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtungen könnte eine Rolle spielen. Es ist jedoch nicht zu vernachlässigen, dass die Konjunktivitis auch in Deutschland keine seltene Diagnose ist. Auf der Liste der häufigsten Diagnosen in Kinderarztpraxen liegt die Konjunktivitis in Deutschland auf achtzehnter Stelle [94]. In unserer Studie waren insgesamt sechs Kinder zwischen 0 und 10 Jahren von einer Konjunktivitis betroffen. Diese Altersgruppe machte mit 25,0% die größte Altersgruppe mit einer Konjunktivitis aus.

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten machten 3,0% aller gestellten Diagnosen aus. Betroffen waren vor allem Personen aus Republik Moldau und Syrien. Es fällt auf, dass die drei häufigen Herkunftsländer Irak, Äthiopien und Nigeria weniger stark vertreten sind. Patienten mit einer Diagnose aus dieser Gruppe waren vor allem zwischen 31 und 60 Jahre alt und den meisten Personen war die Diagnose bereits bekannt.

Andere Studien kommen zu einer ähnlichen Häufigkeit von Erkrankungen aus dieser Gruppe. Bei den Studien von *Kleinert et al. 2019*, *Goodman et al. 2018* und *Borgschulze et al. 2018* lag die Prävalenz bei ca. 4% [12, 14, 17].

Global betrachtet ist Diabetes mellitus eine der häufigsten Stoffwechselerkrankungen [95, 96]. Er gilt als eine der häufigsten Ursachen für eine verringerte Lebenserwartung [97]. Auch in dieser Studie ist Diabetes mellitus Typ 2 die mit Abstand häufigste Diagnose der Gruppe der Stoffwechselerkrankungen. Vermehrt betroffen sind Personen aus Republik Moldau und Syrien, sowie über 40-Jährige und Frauen. Bei der Mehrheit der Patienten (80,7%) war die Diagnose bereits bekannt.

Zum Vergleich: In Deutschland leiden ca. 4,6 Millionen Menschen (7,2%) an Diabetes mellitus [96]. Die geringe Anzahl von Patienten aus Äthiopien und Nigeria könnte mit der niedrigen Prävalenz von Diabetes in den jeweiligen Ländern zusammenhängen. In Äthiopien liegt sie

bei 5,2% und in Nigeria bei 2,0% [98, 99]. In Republik Moldau und Syrien liegen die Prävalenzen höher als in den afrikanischen Staaten, und sind kaum niedriger als in Deutschland (Republik Moldau: 6,1%; Syrien: 7,1%) [98].

Eine weitere Ursache für die geringe Prävalenz ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auch das Altersspektrum der Geflüchteten. Diabetes mellitus Typ 2 wird häufig mit einem Erkrankungsalter von über 45 Jahren assoziiert [100]. Dies ist auch in unserer Studie der Fall, allerdings muss man bedenken, dass nur 14,3% aller Geflüchteten in unserer Studie über 40 Jahre alt sind.

Die aktuelle Studienlage zu Diabetes mellitus Typ 2 bei Geflüchteten ist nicht eindeutig. Die Spanne der Häufigkeit reicht von 2% (*van Berlaer et al. 2016*) bei Geflüchteten in Brüssel bis hin zu 13,8% bei Geflüchteten in den USA (*Frost et al. 2019*) [26, 40, 41, 101]. Auch dies kann an unterschiedlichen Altersverteilungen sowie an Unterschieden des Lebensstils im Herkunftsland liegen.

Zusammenfassend kann man behaupten, dass die Gruppe der endokrinen und Stoffwechselerkrankungen einen geringen Teil des Erkrankungsspektrums bei Geflüchteten ausmacht. Diabetes mellitus spielt allerdings eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Während die „Zuckerkrankheit“ früher überwiegend zu einer Erkrankung der westlichen Staaten gezählt wurde, wird heute immer deutlicher, dass die Erkrankung global an Bedeutung gewinnt [95]. Das hat vermutlich mit verbesserten Lebensstandards und Ernährungssituationen in den Herkunftsländern zu tun. Im Zuge dessen kann man vermuten, dass bei Geflüchteten aus verschiedenen Ländern ein „double burden of disease“ vorliegt [102]. Das bedeutet, dass das Erkrankungsspektrum bestimmter Gruppen (hier bei Geflüchteten) nicht nur überwiegend Infektionskrankheiten und Mangelernährung erfasst (z.B. durch Epidemiologie im Herkunftsland und Fluchtbedingungen), sondern nun auch die nicht übertragbaren, chronischen Erkrankungen eine zunehmende Bedeutung finden [103]. Dies kann man auch anhand der Ergebnisse unserer Studie erkennen. Während Infektionskrankheiten nach wie vor eine große Gruppe bilden (siehe A00-B99), spielen auch die chronischen, nicht übertragbaren Erkrankungen wie Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie eine Rolle. Es ist jedoch zu erwarten, dass sich das Krankheitsspektrum bei längerem Aufenthalt im Ankunftsstaat von den infektiologischen Erkrankungen weg und zu den chronischen Erkrankungen hinbewegt. Dies könnte zum einen an der besseren medizinischen Versorgung und hygienischen Standards liegen, aber auch ein mit einem erhöhten Lebensstandard verbundenen Risiko wie z.B. fetthaltigem Essen, Rauchen etc. [104]. Es kann hierbei von einer „risk transition“ gesprochen werden. Der Begriff beschreibt diese veränderten Risikoverhältnisse nicht nur für einzelne Personen, sondern auch im Rahmen von Entwicklungsprozessen von ganzen Staaten [105].

Krankheiten des Blutes (D50-D90)

Die Krankheiten des Blutes machten einen Anteil von 2,3% der gestellten Diagnosen aus. Besonders häufig betroffen waren Geflüchtete aus dem Irak und aus Nigeria, sowie 11- bis

40-jährige Personen. Nur Studien, die nicht nur häufige, sondern auch seltene Diagnosen betrachteten, erwähnten die Erkrankungen des Blutes bei Geflüchteten. Diese werden bei *Kleinert et al. 2019* als viertkleinste Gruppe identifiziert [12]. Bei *Goodman et al. 2018* werden sie mit einer Häufigkeit von ca. 3% beschrieben [17]. Auch in unserer Studie machen sie einen geringen Anteil der Diagnosen aus. Allerdings beschreibt *Jablonka, et al. 2018* die Prävalenz von Anämie bei 22,5% unter Migranten in Deutschland [106].

Auch in unserer Studie ist die Eisenmangelanämie mit 45,2% die häufigste Einzeldiagnose dieser Gruppe. Als Anämie wird ein niedriger Hämoglobinwert (Hb) definiert, bei Frauen unter 12 g/dl, bei Männern unter 13 g/dl [107]. Ursachen für die Eisenmangelanämie können nutritiver Eisenmangel, Störungen der Eisenresorption, Blutverluste und eine chronische intravasale Hämolyse sein [108]. Laut WHO ist die Eisenmangelanämie die am häufigsten vorkommende Ernährungsstörung weltweit. [109]. Außerdem wird geschätzt, dass 52% der schwangeren Frauen in nicht-industrialisierten Länder anämisch sind [110]. Eisenmangel während der Schwangerschaft ist besonders problematisch, da dadurch die Mortalität für Mutter und Kind sowie das Risiko für Frühgeburtlichkeit ansteigt [111].

Ursachen für die Häufigkeit der Eisenmangelanämie in unserer Studie könnten Mangelernährung im Herkunftsland und während der Flucht sein. Eine frühe Erkennung ist besonders wichtig, wenn man beachtet, dass in unserer Studienpopulation insgesamt 115 Frauen im Jahr 2018 schwanger waren.

Über die genaue Epidemiologie der Eisenmangelanämie in Nigeria und Irak ist bisher nichts bekannt. Es wird allerdings vermutet, dass die Prävalenz der Eisenmangelanämie bei Kindern in Nigeria bei ca. 10% liegt [112]. Somit könnte das häufige Vorkommen dieser Erkrankung bei Nigerianern erklärt werden. Außerdem ist vermutlich das Risiko für Fehl- und Mangelernährung allein schon durch die Umstände der Flucht erhöht und damit auch die Entstehung eines Eisenmangels.

Zusammenfassend kann man behaupten, dass Erkrankungen des Blutes eher selten bei Geflüchteten in Deutschland diagnostiziert werden. Allerdings ist die Eisenmangelanämie in dieser Gruppe die wichtigste Diagnose und auch hinsichtlich der Prävalenz weltweit nicht zu vernachlässigen. Deshalb sollte die genaue Diagnostik und Therapie insbesondere bei Risikogruppen wie Schwangeren und Kindern ernst genommen werden, um Komplikationen und Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)

Die Krankheiten des Nervensystems bildeten eine vergleichsweise kleine Gruppe (1,7%). Jedoch wurden hierbei 13 verschiedene Diagnosen gestellt. Die drei häufigsten Diagnosen sind Epilepsie, Insomnie und Migräne. Die meisten betroffenen Patienten stammten aus Irak, Äthiopien und Nigeria und waren zwischen 31 und 40 Jahre alt. Vielen Personen war ihre Erkan-

kung bereits bekannt und sie wurden weiterhin medikamentös therapiert. Im Vergleich zu anderen Studien ist die Prävalenz von Erkrankungen des Nervensystems in unserer Studie geringer. Bei *Kleinert et al. 2019* finden sich diese Erkrankungen direkt hinter den infektiologischen Krankheitsbildern, also insgesamt an neunter Stelle [12]. Bei *Borgschulte et al. 2018* macht diese Erkrankungsgruppe sogar 9,1% bei Geflüchteten in Deutschland aus [14]. Dies könnte zum einen an den unterschiedlichen Verteilungen der Herkunftsländer liegen. Zum anderen könnte eine Überlappung von neurologischen und psychiatrischen Symptomen stattgefunden haben. Während in unserer Studie die Schlafstörung oft ein Symptom für eine PTBS war, könnte in diesen Studien das Symptom als Diagnose aufgeführt worden sein. Leider gibt es in diesen Studien keine Beschreibung der Einzeldiagnosen, um dies zu verifizieren. Die Studienlage zeigt jedoch auch, dass die Epilepsie zu den häufigsten Diagnosen dieser Gruppe gehört. Die Prävalenz der Epilepsie unter neurologischen Erkrankungen bei Geflüchteten liegt bei ca. 4,0-12,6% [113–115]. Dies liegt vermutlich daran, dass die Epilepsie generell eine der häufigsten Diagnosen in der Gruppe der Nervenerkrankungen ist. Auch in Deutschland ist sie die häufigste Diagnose der neurologischen Erkrankungen und die dritthäufigste, wenn man alle Diagnosen von Neurologen und Psychiatern gesammelt betrachtet [116]. Die relative Häufigkeit der Diagnose beträgt hier 10,6% und entspricht damit in etwa der von Geflüchteten.

Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)

Die Gruppe der angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien zeichnete sich durch die Diversität der Einzeldiagnosen aus. Insgesamt wurden 14 verschiedene Diagnosen innerhalb dieser Diagnosegruppe gestellt. Es fällt auf, dass die Hälfte der Patienten aus Republik Moldau stammt. Ein geringerer Anteil der Personen kommt aus den afrikanischen Ländern Nigeria und Äthiopien. Betroffen waren vor allem Kinder zwischen 0 und 10 Jahren. Dies ist jedoch nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass es sich um Erkrankungen handelt, die schon ab der Geburt eine Rolle spielen. Betroffen sind überwiegend männliche Patienten.

Es gibt bisher wenige Studien, die die Häufigkeit von angeborenen Fehlbildungen und Chromosomenanomalien bei Geflüchteten beschreiben. Sowohl bei *Kleinert et al. 2019* als auch bei *Goodman et al 2018* macht diese Gruppe weniger als 2% der Diagnosen bei Geflüchteten aus [12, 17].

Neubildungen (C00-D48)

Die Gruppe der Neubildungen machte einen eher geringen Anteil der Diagnosen aus. Elf Patienten wurden mit einer solchen Erkrankung diagnostiziert. Die häufigste Diagnose war das Lipom mit 5 Patienten. Betroffen waren vor allem Personen aus Republik Moldau und Nigeria, alle Patienten waren zwischen 21 und 60 Jahre alt. Die meisten Patienten zeigten kein spezifisches Symptom. Allgemein ist über die Prävalenz von Neubildungen bei Geflüchteten in

Deutschland bisher sehr wenig bekannt. Die meisten Studien, die sich mit der Gesundheit von Geflüchteten beschäftigen, betrachten vor allem die häufigen Symptome und Diagnosen. Jedoch gibt es auch einige Studien, die alle gestellten Diagnosen im Gesamten betrachten. Hier ist erkennbar, dass die Gruppe der Neubildungen tatsächlich einen eher marginalen Anteil an den gesamten Diagnosen bei Geflüchteten ausmacht [12, 17, 26].

Ursache kann zum einen das Altersspektrum der Geflüchteten in Deutschland sein. Im Jahr 2018 wurden etwa ein Viertel der Asylanträge von unter 30-Jährigen gestellt [2]. Das mittlere Erkrankungsalter bei Krebserkrankungen in Deutschland liegt jedoch bei 67,2-68,3 Jahren [117]. Somit ist zu vermuten, dass die meisten Geflüchteten schlichtweg zu jung sind, um bereits an Erkrankungen dieser Gruppe zu leiden. Über die Epidemiologie von Tumorerkrankungen in den jeweiligen Herkunftsländern ist bisher leider wenig bekannt. Allerdings kann vermutet werden, dass aufgrund gewisser Lebensstile auch damit assoziierte Erkrankungen vermehrt oder vermindert vorkommen können. Zum Beispiel hat die Multiple Indicator Cluster Survey der Unicef herausgefunden, dass 98,5% der Frauen im Irak Nichtraucherinnen sind [118]. Somit ist auch das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken bei diesen Frauen geringer.

Die häufigste Diagnose dieser Gruppe war das Lipom. Diese gutartigen Tumore bestehen aus Fettzellen und einer Kapsel aus Bindegewebe [119]. Über die Ätiologie von Lipomen ist wenig bekannt, jedoch gibt es Hinweise, dass erbliche Faktoren eine Rolle spielen [119]. Die Tumore sind oft asymptomatisch und es besteht keine strenge Indikation zur Therapie [119].

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)

Die Erkrankungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett machten einen vergleichsweise geringen Anteil an gestellten Diagnosen aus. Acht Frauen hatten eine Diagnose dieser Gruppe (0,4%). Davon ist der Abort mit drei Diagnosen (37,5%) die häufigste. Betroffen waren vor allem Frauen aus Äthiopien und Nigeria. Alle Frauen waren zwischen 21 und 40 Jahre alt und somit im gebärfähigen Alter. Der Grund für den Arztbesuch war am häufigsten eine symptomlose Schwangerschaft. Bei vier Frauen war die Diagnose mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden, höchstwahrscheinlich zur Entbindung, allerdings ging dies nicht aus der Dokumentation hervor.

Auch bei *Kleinert et al. 2019* bildete die Gruppe „O00-O99“ weniger als 5% aller gestellten Diagnosen [12]. Erkrankungen während der Schwangerschaft machen bei *Morat et al. 2019* insgesamt 8,3% der Diagnosen bei Frauen zwischen 18 und 35 Jahren aus [27]. In unserer Studie waren 6,6% der schwangeren Frauen von einer Erkrankung dieser Gruppe betroffen. Weitere Studien beschreiben das erhöhte Risiko für Totgeburten bei geflüchteten Frauen [120, 121]. Ursache für ein erhöhtes Risiko können Stressfaktoren im Herkunftsland und auf der Flucht sein. Einige Studien verneinen jedoch Stress als Auslöser für Aborte. *Zhang et al. 2011* beschreibt ein erhöhtes Risiko für spontane Aborte bei Bewegungs- und Folsäuremangel, weniger jedoch bei Stress [122]. Auch *Fenster et al. 1995* stellte Ähnliches fest [123]. In unserer

Studie waren insgesamt fünf Frauen (62,5%) von einem Abort bzw. einer missed abortion betroffen. Es ist jedoch fraglich, wie repräsentativ die Häufigkeit der Einzeldiagnosen in unserer Studie aufgrund der geringen Anzahl an Diagnosen ist.

Laut *Nilsen et al. 2018* ist die Präeklampsie eine Erkrankung, die bei Migranten seltener vorkommt als bei Nicht-Migranten [124]. Dies kann auch an der erhöhten Prävalenz im Herkunftsland liegen. Laut *Abalos et al. 2013* liegt die Prävalenz für die Präeklampsie in Afrika bei 5,6%, in Europa bei 5,3% [125]. In unserer Studie war allerdings nur eine Patientin von der Präeklampsie betroffen.

Erkrankungen der Perinatalperiode (P00-P96)

Die Erkrankungen der Perinatalperiode bildeten mit $N = 2$ die kleinste Gruppe der gestellten Diagnosen (0,1%). Allerdings gibt es einige Studien, die ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten bei geflüchteten Frauen beschreiben. *Ozel et al. 2018* fand ein erhöhtes Vorkommen nicht nur von Frühgeburten, sondern auch von Anämien und PROM (Prelabour Rupture of Membranes) bei geflüchteten syrischen Frauen in der Türkei [126]. *Wanigaratne et al. 2016* beschrieb ein erhöhtes Vorkommen von Frühgeburten bei Geflüchteten, die nicht in ihr Zielland reisen konnten und in einem Transit-Land festsaßen (secondary migration) [127]. In einer Studie von *Bollini et al. 2009* wurde Frühgeburtslichkeit bei Geflüchteten im Zusammenhang mit der Integrationspolitik eines Landes betrachtet [128]. Hierbei kam heraus, dass in Ländern mit einer starken Integrationspolitik die Frühgeburtsrate bei Geflüchteten um 16% höher lag als in der Stammbevölkerung. Bei einer schwachen Integrationspolitik war die Frühgeburtsrate jedoch um 45% höher. Auch *Liu et al. 2014* und *Michaan et al. 2014* fanden ein erhöhtes Vorkommen von Frühgeburten bei Geflüchteten [129, 130].

All diese Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass psychische Belastung und Stress ein Risikofaktor für Frühgeburten sein können. Tatsächlich beschrieben schon *Kuvacic et al. 1996* ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten bei psychischem Stress, Angst und Exil [131]. Allerdings gibt es auch Studien, die eine verringerte Anzahl an Frühgeburten bei Geflüchteten beschreiben. *Turkay et al. 2018* verglich Schwangerschaften bei Geflüchteten in der Türkei mit Schwangerschaften von Einheimischen Frauen und fand keine signifikanten Unterschiede bei Frühgeburtslichkeit, APGAR-Scores (Score zur Beurteilung des klinischen Zustandes von Neugeborenen) und Rate der Kaiserschnitte [132]. *Miller et al. 2016* sprach sogar von einem nur halb so großem Risiko für Frühgeburten bei geflüchteten Frauen [133].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Studienlage zur Frühgeburtslichkeit bei Geflüchteten nicht eindeutig ist. Aufgrund der Fülle an Studien kann jedoch vermutet werden, dass das Risiko für Frühgeburten bei Geflüchteten höher liegt als bei der einheimischen Bevölkerung. In unserer Studie wurde allerdings die Diagnose der Frühgeburt nur einmal gestellt. Dies kann jedoch auch daran liegen, dass Frühgeburten nicht immer dokumentiert wurden, da in

der medizinischen Einrichtung des Ankerzentrums keine Geburten stattfinden und Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern von niedergelassenen Pädiatern in externen Praxen durchgeführt werden.

5.1.3.13 Überweisungen zum Facharzt

In fast einem Drittel aller Fälle (30,1%) benötigten Patienten einen Spezialisten oder Facharzt. Welcher Patient mit welchem Krankheitsbild zu einem niedergelassenen Facharzt überwiesen wird, hängt auch von der Spezialisierung des Allgemeinmediziners ab. Nichtsdestotrotz zeigt diese Zahl, dass ein Zugang zur ambulanten fachärztlichen Versorgung für Geflüchtete nach wie vor wichtig ist. Besucht wurden vor allem Zahnärzte, Gynäkologen und Psychiater. Diese Studie zeigte, dass Zahnerkrankungen und Zahnschmerzen einen wesentlichen Teil des Erkrankungsspektrums bei Geflüchteten darstellen. Somit ist eine gute Anbindung der Geflüchteten an einen niedergelassenen Zahnmediziner sehr zu empfehlen. Dies gilt jedoch auch für alle anderen Fachrichtungen.

5.1.3.14 Impfungen

Impfungen wurden nach Empfehlung der STIKO durchgeführt. In dieser Studie wurden alle dokumentierten Impfungen betrachtet. Deshalb konnte nicht immer festgestellt werden, ob Personen bereits in anderen Einrichtungen eine vollständige Immunisierung erhalten haben. Außerdem kann keine Aussage über weitergeführte Impfungen nach einem Transfer getätigt werden. Da Asylbewerber ca. 6-18 Monate im Ankerzentrum verbringen, kann davon ausgegangen werden, dass mindestens 2-3 Impftermine ermöglicht werden können. Betrachtet man die tatsächlich wahrgenommenen Impftermine, so stellt man fest, dass weniger als 32,8% der Personen einen zweiten Impftermin wahrnehmen. Je höher die Zahl der Termine, desto geringer die Zahl der Patienten, die diese wahrnehmen. Somit ist zu vermuten, dass eine vollständige Immunisierung mit allen von der STIKO empfohlenen Impfungen bei den wenigsten Personen vorhanden ist.

Allerdings geben einige Studien Rückschlüsse auf durchgeführte Impfungen in den jeweiligen Herkunftsländern. Die MICS Studie der Unicef fand heraus, dass im Irak 68,8- 73,6% der 12-23 Monate alten Kinder mindestens eine Impfung gegen Polio, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hepatitis B und Haemophilus influenzae B erhielten [118]. Außerdem erhielten 28,6% der Kinder im Irak eine vollständige Immunisierung gegen Pneumokokken, 60,6% eine vollständige Immunisierung gegen Rotavirus und 71,0% mindestens eine Impfung gegen Masern [118]. Es wird davon ausgegangen, dass 58,1% der 12-23 Monate alten Kinder eine vollständige Immunisierung erhalten haben [118]. Somit kann vermutet werden, dass man, obwohl nicht alle Geflüchteten aus dem Irak in Deutschland vollständig immunisiert werden können, durch Impfungen in den Flüchtlingsheimen zumindest einige Impfungen vervollständigt werden können.

In Nigeria ist die Situation etwas anders: Dort erhielten ca. 33% der 12-23 Monate alten Kinder alle erforderlichen Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Pertussis, außerdem erhielten 42,0% der Kinder mindestens eine Masern-Impfung innerhalb des ersten Lebensjahres [134]. Es wird davon ausgegangen, dass 23,0% der Kinder in Nigeria eine vollständige Immunisierung erhalten [134]. Dies ist weniger als die Hälfte als im Irak. Im Falle von nigerianischen Geflüchteten wäre also eine vollständige Immunisierung in Deutschland umso wichtiger.

In der Republik Moldau erhalten 89,4 - 90,1% der 15-26 Monate alten Kinder eine vollständige Immunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Pertussis [135]. Außerdem sind ca. 88,4% der Kinder gegen Masern, Mumps und Röteln sowie 90,9% vollständig gegen Hepatitis B geimpft [135]. Die Impfraten sind also im Vergleich zu Irak und Nigeria höher. Interessanterweise ist jedoch auch die Prävalenz von impfpräventablen Erkrankungen nicht sehr gering (Hepatitis B: 8%). Dies könnte an unterschiedlichen Impfzeiten je nach Altersgruppe liegen. In den MICS Studien werden überwiegend Impfungen bei Kindern betrachtet, Erwachsene werden vernachlässigt. Man könnte also vermuten, dass die Prävalenz der Hepatitis B in der Republik Moldau dank der guten Impfzeit in Zukunft sinken wird.

Zusammenfassend kann man also behaupten, dass die Impfzeiten bei Geflüchteten in Deutschland durchaus verbesserungswürdig sind. Allerdings kann man, je nach Herkunftsland, auf vorangegangene Impfungen hoffen, auch wenn diese eventuell nicht dokumentiert sind.

5.2 Limitationen und Stärken der Studie

Das retrospektive Studiendesign bringt einige Vor- und Nachteile mit sich. Die Auswertung bereits dokumentierter Krankheitsverläufe ist eine kostengünstige Art der Datenerhebung. Außerdem lässt sich eine große Patientenzahl in die Studie einschließen und somit ein breites Spektrum an Ergebnissen darstellen. Auch seltene Krankheitsbilder konnten mit in die Betrachtung eingeschlossen werden. Allerdings fehlt eine standardisierte Dokumentationsweise, die Ausführlichkeit der Dokumentation obliegt der Individualität des behandelnden Arztes. Somit wurden nicht alle ICD-Diagnosen dokumentiert, diese Patienten entfallen aus der Betrachtung.

Bei Impfungen wurden die aktuelle Impfung und die Anzahl der vorangegangenen Impfungen dokumentiert. Bei Personen, die bereits in anderen Ländern Impfungen erhielten, jedoch ihre Impfdokumentation verloren hatten, konnte somit keine korrekte Angabe zum Stand der Immunisierung gemacht werden.

Zitierte Studien zeigen, dass Herkunftsländer und Altersspektrum sich je nach Ort und Zeitpunkt der Studie unterscheiden. Die Gesamtpopulation dieser und anderer Studien ist stark abhängig von der aktuellen politischen Situation und der Organisation der Verteilung im Ziel-land (z.B. nach Königssteiner Schlüssel).

6. Zusammenfassung

Einleitung: Für eine optimale medizinische Versorgung von Geflüchteten ist ein fundiertes Wissen über die Verbreitung von Krankheiten bei Geflüchteten unterschiedlicher Herkunftsländer essenziell. Ziel der Arbeit war es, das Krankheitsspektrum und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen bei Geflüchteten im Arztbereich des Ankerzentrums Regensburg zu untersuchen.

Methoden: In einer Querschnittsstudie wurden anonymisierte Patientendaten aus dem Ankerzentrum Regensburg im Zeitraum eines Jahres (01.01.-31.12.2018) hinsichtlich der Häufigkeit von Diagnosen sowie der Inanspruchnahme von Impfungen analysiert. Daten wurden nach Alter, Geschlecht und Herkunftsländern betrachtet.

Ergebnisse: Von den insgesamt 1478 eingeschlossenen Patienten stammten 38% aus dem Irak, 27% aus der Republik Moldau, 14% aus Äthiopien und 13% aus Nigeria. Die am häufigsten gestellten Diagnosen waren akute Infektionen der oberen Atemwege (9%), Zahnschmerzen (6%), akute Gastritis (3%) sowie Z.n. weiblicher Genitalverstümmelung (FGM; 3%). Während Atemwegsinfektionen Geflüchtete aller Herkunftsländer betrafen, waren Geflüchtete aus dem Irak häufiger von Zahnschmerzen (+18%) und akuter Gastritis (+14%) betroffen als andere Geflüchtete. FGM wurde v.a. bei Frauen aus Nigeria (58%) und Äthiopien (38%) diagnostiziert. Die Impfsprechstunde wurde überwiegend von Personen aus dem Irak (56%), Äthiopien (14%) und Nigeria (11%) besucht.

Fazit: Das Erkrankungsspektrum sowie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen unterschied sich stark zwischen Geflüchteten verschiedener Herkunftsländer, was auf die Infrastruktur im Ursprungsland sowie auf die Unterbringungs- bzw. Versorgungssituation vor Ort zurückgeführt werden kann. Eine auf Zielgruppen gerichtete Impfaufklärung könnte die Impfraten bei Asylsuchenden verbessern.

7. Weitere Tabellen

Tabelle 70: Häufigkeit aller Diagnosen aus der Gruppe "A00-B99"

Diagnose	Patientenzahl	Prozent
Scabies	29	14,3%
Chronische Hepatitis B	27	13,3%
Helicobacter pylori	20	9,9%
Kopfläuse	20	9,9%
Mykose	11	5,4%
HIV	11	5,4%
Abgelaufene Hepatitis B	9	4,4%
Latente Tuberkulose	8	3,9%
Herpes labialis	5	2,5%
MRSA	4	2,0%
Hautpilz	4	2,0%
Offene Lungentuberkulose	4	2,0%
Chronische Hepatitis C	3	1,5%
Verruca (Warze)	3	1,5%
Durchgemachte Tuberkulose	3	1,5%
Soor	3	1,5%
Befall durch Oxyuren	3	1,5%
Varizellen	3	1,5%
Fadenwurm	3	1,5%
Mononukleose	2	1,0%
Masern	2	1,0%
Soor mit Windeldermatitis	2	1,0%
Pityriasis versicolor	2	1,0%
Akute Hepatitis B	2	1,0%
Akuter Durchfall	2	1,0%
Durchfall	2	1,0%
Streptokokken	2	1,0%
Akute Hepatitis A	1	0,5%
Rinderbandwurm	1	0,5%
Abgelaufene Abdominaltuberkulose	1	0,5%
Unklarer Fieberhafter Infekt	1	0,5%
Malaria	1	0,5%
Akute Hepatitis C	1	0,5%
Befall durch Giardia lamblia	1	0,5%
Lymphknotentuberkulose	1	0,5%
Darmparasiten	1	0,5%
Lues	1	0,5%
Hepatitis D	1	0,5%
Toxoplasmose	1	0,5%
Leishmaniose	1	0,5%
Tinea corporis	1	0,5%

Tabelle 71: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "A00-B99"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	41	20,2%	-2,9%
11-20 Jahre	25	12,3%	-1,3%
21-30 Jahre	61	30,0%	-1,5%
31-40 Jahre	46	22,7%	+5,2%
41-50 Jahre	26	12,8%	+4,4%
51-60 Jahre	3	1,5%	-2,7%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	1	0,5%	+0,2%

Tabelle 72: Alle Symptome und Gründe für den Arztbesuch der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "A00-B99"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
HBV Viruslast bei Erstuntersuchung	34	16,7%
Effloreszenzen im Sinne von Scabies	29	14,3%
Juckreiz	20	9,9%
Bauchschmerzen	19	9,4%
Bekannte Vorerkrankung	19	9,4%
Pilz	16	7,9%
HIV Test positiv	10	4,9%
Keine Symptome	9	4,4%
Quanti positiv	6	3,0%
Würmer im Stuhl bemerkt	4	2,0%
Auffälliger Befund im Röntgen	4	2,0%
Herpes labialis	4	2,0%
Durchfall	3	1,5%
Warze	3	1,5%
Dyspepsie	2	1,0%
Fieber	2	1,0%
Ekzem	2	1,0%
Dermatitis	2	1,0%
Masernbild	2	1,0%
Ausschlag	2	1,0%
Obstipation	1	0,5%
Blut im Stuhl	1	0,5%
Gewichtsverlust	1	0,5%
Alltagsverletzung	1	0,5%
Verwandter mit offener Tbc	1	0,5%
Lues im Screening	1	0,5%
Husten, Schnupfen, Halsweh	1	0,5%
Abszess	1	0,5%
Pickel	1	0,5%
Pityriasis	1	0,5%
Halsschmerzen	1	0,5%

Tabelle 73: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "A00-B99"

Therapie	Patientenzahl	Prozent
Medikamentöse Therapie	126	62,1%
Keine Therapie	33	16,3%
Überweisung Infektiologie	27	13,3%
Krankenhausaufenthalt	9	4,4%
Überweisung Gastroenterologie	3	1,5%
Überweisung Pulmologie	2	1,0%
Wundversorgung	2	1,0%
Überweisung Pädiater	1	0,5%

Tabelle 74: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "C00-D48"

Herkunftsland	Anzahl Patienten	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Republik Moldau	6	54,5%	+27,9%
Nigeria	2	18,2%	+4,7%
Irak	2	18,2%	-20,1%
Äthiopien	1	9,1%	-5,1%

Tabelle 75: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "C00-D48"

Alter	Anzahl Patienten	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	0	0,0%	-23,1%
11-20 Jahre	0	0,0%	-13,6%
21-30 Jahre	3	27,3%	-4,3%
31-40 Jahre	3	27,3%	+9,8%
41-50 Jahre	1	9,1%	+0,6%
51-60 Jahre	4	36,4%	+32,2%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 76: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "D50-D90"

Symptom	Anzahl Patienten	Prozent
Keine Symptome	21	50,0%
Keine Symptome aber bekannte Vorerkrankung	9	21,4%
Schwächegefühl	6	14,3%
Bauchschmerzen	2	4,8%
Häufiges Wasserlassen	1	2,4%
Synkope	1	2,4%
Auffälliger Befund im Röntgen	1	2,4%
Naevus	1	2,4%

Tabelle 77: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "D50-D90"

Alter	Anzahl Patienten	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	2	4,8%	-18,3%
11-20 Jahre	10	23,8%	+10,2%
21-30 Jahre	16	38,1%	+6,5%
31-40 Jahre	10	23,8%	+6,4%
41-50 Jahre	2	4,8%	-3,7%
51-60 Jahre	1	2,4%	-1,8%
61-70 Jahre	1	2,4%	+1,1%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 78: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Eisenmangelanämie"

Alter	Anzahl Patienten	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	0	0,0%	-23,1%
11-20 Jahre	7	36,8%	+23,2%
21-30 Jahre	8	42,1%	+10,5%
31-40 Jahre	3	15,8%	-1,7%
41-50 Jahre	1	5,3%	-3,2%
51-60 Jahre	0	0,0%	-4,2%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 79: Gestellte Diagnosen der Gruppe "E00-E99"

Diagnosen	Anzahl Patienten	Prozent
Nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2	21	37,5%
Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2	10	17,9%
Hypothyreose	8	14,3%
Hypercholesterinämie	4	7,1%
Hyperthyreose	3	5,4%
Adipositas	3	5,4%
Struma	2	3,6%
Kleinwuchs	1	1,8%
Nebenniereninsuffizienz	1	1,8%
Hyperlipidämie	1	1,8%
Morbus Basedow	1	1,8%
Hyperprolaktinämie	1	1,8%

Tabelle 80: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "E00-E99"

Herkunftsland	Anzahl Patienten	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Republik Moldau	26	46,4%	+19,8%
Irak	16	28,6%	-9,7%
Syrien	6	10,7%	+6,3%
Nigeria	4	7,1%	-6,4%
Äthiopien	2	3,6%	-10,6%
Iran	1	1,8%	+1,4%
Libanon	1	1,8%	+1,7%

Tabelle 81: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "E00-E99"

Alter	Anzahl Patienten	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	0	0,0%	-23,1%
11-20 Jahre	2	3,6%	-10,0%
21-30 Jahre	4	7,1%	-24,5%
31-40 Jahre	11	19,6%	+2,2%
41-50 Jahre	12	21,4%	+13,0%
51-60 Jahre	22	39,3%	+35,1%
61-70 Jahre	4	7,1%	+5,9%
71-80 Jahre	1	1,8%	+1,4%

Tabelle 82: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Diabetes mellitus Typ 2"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	0	0,0%	-23,1%
11-20 Jahre	0	0,0%	-13,6%
21-30 Jahre	1	3,2%	-28,4%
31-40 Jahre	4	12,9%	-4,6%
41-50 Jahre	6	19,4%	+10,9%
51-60 Jahre	15	48,4%	+44,2%
61-70 Jahre	4	12,9%	+11,6%
71-80 Jahre	1	3,2%	+2,9%

Tabelle 83: Gestellte Diagnosen der Gruppe "F00-F99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
PTBS	49	41,5%
Depression akut, psychosomatisch	12	10,2%
Depressive Episode	10	8,5%
Entwicklungsstörung	8	6,8%
Schizophrenie	6	5,1%
Anpassungsstörung	4	3,4%
Psychogener Anfall	3	2,5%
Enuresis nocturna (Bettnässen)	3	2,5%
Depressive Episode	3	2,5%
Akuter Angstzustand und Spannungszustand	3	2,5%
Panikstörung	3	2,5%
Alkoholabusus	2	1,7%
Nikotinabusus	2	1,7%
Chronische Depression	2	1,7%
Geistige Behinderung	2	1,7%
Akute Belastungsreaktion	1	0,8%
Andauernde Persönlichkeitsveränderung	1	0,8%
Bruxismus (Zähneknirschen)	1	0,8%
Erektionsstörung	1	0,8%
Somatisierungsstörung	1	0,8%
Psychogener Vaginalspasmus	1	0,8%

Tabelle 84: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "F00-F99"

Therapie	Patientenzahl	Prozent
Überweisung Psychiater	68	57,6%
Medikamentöse Therapie	17	14,4%
Keine Therapie	14	11,9%
Überweisung Pädiater	6	5,1%
Krankenhausaufenthalt	5	4,2%
Überweisung Zahnarzt	4	3,4%
Überweisung Neurologie	1	0,8%
Überweisung Gynäkologie	1	0,8%
Überweisung Infektiologie	1	0,8%
Tetanusimpfung	1	0,8%

Tabelle 85: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Posttraumatische Belastungsstörung"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	0	0,0%	-23,1%
11-20 Jahre	8	16,3%	+2,7%
21-30 Jahre	20	40,8%	+9,2%
31-40 Jahre	11	22,4%	+5,0%
41-50 Jahre	6	12,2%	+3,8%
51-60 Jahre	3	6,1%	+1,9%
61-70 Jahre	1	2,0%	+0,8%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 86: Symptome und Ursachen für den Arztbesuch bei Patienten mit der Diagnose "Posttraumatische Belastungsstörung"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Schlafstörungen, Grübeln, Ängste	33	67,3%
Körperliche Gewalt	10	20,4%
Vergewaltigung	3	6,1%
Sexuelle Gewalt	2	4,1%
Sexueller Missbrauch	1	2,0%

Tabelle 87: Therapien der Patienten mit der Diagnose "Posttraumatische Belastungsstörung"

Therapie	Patientenzahl	Prozent
Überweisung Psychiater	39	79,6%
Medikamentöse Therapie	4	8,2%
Überweisung Zahnarzt	2	4,1%
Keine Therapie	2	4,1%
Überweisung Pädiater	1	2,0%
Krankenhausaufenthalt	1	2,0%

Tabelle 88: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "G00-G99"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	14	43,8%	+5,5%
Äthiopien	7	21,9%	+7,7%
Nigeria	6	18,8%	+5,2%
Republik Moldau	3	9,4%	-17,3%
Eritrea	1	3,1%	+2,4%
Syrien	1	3,1%	-1,3%

Tabelle 89: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "G00-G99"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	7	21,9%	-1,2%
11-20 Jahre	0	0,0%	-13,6%
21-30 Jahre	7	21,9%	-9,7%
31-40 Jahre	12	37,5%	20,0%
41-50 Jahre	3	9,4%	0,9%
51-60 Jahre	3	9,4%	5,2%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 90: Gestellte Diagnosen der Gruppe "H00-H59"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Konjunktivitis	24	40,7%
Flügelzell	5	8,5%
Gerstenkorn/Hagelkorn	4	6,8%
Kurzsichtigkeit	4	6,8%
Sehminderung	4	6,8%
Ablatio retinae (Netzhautablösung)	3	5,1%
Strabismus	3	5,1%
Weitsichtigkeit	3	5,1%
Grauer Star	2	3,4%
Stenose des Ductus nasolacrimalis	2	3,4%
Kongenitaler Nystagmus	1	1,7%
Makulopathie	1	1,7%
Blepharitis (Entzündung des Augenlides)	1	1,7%
Glaukom	1	1,7%
Erworbene Pupillendeformität	1	1,7%

Tabelle 91: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "H00-H59"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	23	39,0%	+0,7%
Republik Moldau	22	37,3%	+10,6%
Äthiopien	9	15,3%	+1,0%
Nigeria	3	5,1%	-8,4%
Eritrea	1	1,7%	+1,0%
Syrien	1	1,7%	-2,7%

Tabelle 92: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "H00-H59"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	11	18,6%	-4,4%
11-20 Jahre	12	20,3%	+6,7%
21-30 Jahre	10	16,9%	-14,6%
31-40 Jahre	11	18,6%	+1,2%
41-50 Jahre	6	10,2%	+1,7%
51-60 Jahre	7	11,9%	+7,7%
61-70 Jahre	2	3,4%	+2,1%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 93: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Konjunktivitis"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	6	25,0%	+1,9%
11-20 Jahre	4	16,7%	+3,1%
21-30 Jahre	3	12,5%	-19,1%
31-40 Jahre	5	20,8%	+3,4%
41-50 Jahre	2	8,3%	-0,1%
51-60 Jahre	3	12,5%	+8,3%
61-70 Jahre	1	4,2%	+2,9%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 94: Gestellte Diagnosen der Gruppe "H60-H95"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Akute oder chronische Otitis media	31	51,7%
Akute Otitis externa	12	20,0%
Cerumen obturans	8	13,3%
Hörminderung	4	6,7%
Trommelfellperforation	2	3,3%
Tympanosklerose	1	1,7%
Tinnitus	1	1,7%
Taubstummheit	1	1,7%

Tabelle 95: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "H60-H95"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	23	38,3%	+15,3%
11-20 Jahre	3	5,0%	-8,6%
21-30 Jahre	12	20,0%	-11,6%
31-40 Jahre	11	18,3%	+0,9%
41-50 Jahre	7	11,7%	+3,2%
51-60 Jahre	3	5,0%	+0,8%
61-70 Jahre	1	1,7%	0,4%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 96: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "H60-H95"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Ohrenschmerzen	45	75,0%
Hörschwäche	5	8,3%
Kopfschmerzen	2	3,3%
Bekannte Vorerkrankung	2	3,3%
Husten, Schnupfen, Halsweh	2	3,3%
Reizung der Augen: Rötung, Jucken, Schmerzen	1	1,7%
Schnupfen	1	1,7%
Tinnitus	1	1,7%
Zahnschmerzen	1	1,7%

Tabelle 97: Symptome der Patienten mit der Diagnose "Otitis media"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Ohrenschmerzen	27	87,1%
Husten, Schnupfen, Halsweh	2	6,5%
Kopfschmerzen	1	3,2%
Reizung der Augen (Rötung, Jucken, Schmerzen)	1	3,2%

Tabelle 98: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "I00-I99"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Republik Moldau	34	50,0%	+23,3%
Irak	22	32,4%	-5,9%
Äthiopien	5	7,4%	-6,9%
Nigeria	4	5,9%	-7,6%
Syrien	3	4,4%	+0,0%

Tabelle 99: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "I00-I99"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	0	0,0%	-23,1%
11-20 Jahre	1	1,5%	-12,1%
21-30 Jahre	3	4,4%	-27,2%
31-40 Jahre	9	13,2%	-4,2%
41-50 Jahre	17	25,0%	+16,5%
51-60 Jahre	26	38,2%	+34,0%
61-70 Jahre	6	8,8%	+7,5%
71-80 Jahre	6	8,8%	+8,5%

Tabelle 100: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "I00-I99"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Keine Symptome aber bekannte Vorerkrankung	50	73,5%
Keine Symptome	11	16,2%
Schwindel	2	2,9%
Krampfadern	2	2,9%
Synkope	1	1,5%
Angina pectoris	1	1,5%
Brustschmerzen	1	1,5%

Tabelle 101: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Arterielle Hypertonie"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	0	0,0%	-23,1%
11-20 Jahre	0	0,0%	-13,6%
21-30 Jahre	2	4,4%	-27,2%
31-40 Jahre	5	11,1%	-6,3%
41-50 Jahre	11	24,4%	+16,0%
51-60 Jahre	20	44,4%	+40,2%
61-70 Jahre	4	8,9%	+7,6%
81-90 Jahre	3	6,7%	+6,3%

Tabelle 102: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "J00-J99"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	126	43,6%	+20,5%
11-20 Jahre	31	10,7%	-2,9%
21-30 Jahre	47	16,3%	-15,3%
31-40 Jahre	54	18,7%	+1,2%
41-50 Jahre	17	5,9%	-2,6%
51-60 Jahre	9	3,1%	-1,1%
61-70 Jahre	4	1,4%	+0,1%
71-80 Jahre	1	0,3%	+0,0%

Tabelle 103: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "J00-J99"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Kombination aus Husten, Schnupfen, Halsweh	123	42,6%
Halsschmerzen	77	26,6%
Husten	27	9,3%
Schnupfen	20	6,9%
Fieber	13	4,5%
Keine Symptome aber bekannte Vorerkrankung	13	4,5%
Atemnot, Kurzatmigkeit	4	1,4%
Ohrenschmerzen	3	1,0%
Auffälliger Befund im Röntgen	2	0,7%
Hörschwäche	2	0,7%
Kopfschmerzen	1	0,3%
Schwächegefühl	1	0,3%
Pollenallergie	1	0,3%
Keine Symptome	1	0,3%
Nase verlegt	1	0,3%

Tabelle 104: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Akute Infektion der oberen Atemwege"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	76	46,6%	+8,3%
Republik Moldau	52	31,9%	+5,2%
Äthiopien	13	8,0%	-6,2%
Syrien	9	5,5%	+1,1%
Nigeria	8	4,9%	-8,6%
Eritrea	2	1,2%	+0,5%
Ukraine	2	1,2%	+0,8%
Nicht bekannt	1	0,6%	+0,5%

Tabelle 105: Symptome der Patienten mit der Diagnose "Akute Infektion der oberen Atemwege"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Kombination: Husten, Schnupfen, Halsweh	97	59,5%
Halsschmerzen	34	20,9%
Husten	15	9,2%
Fieber	8	4,9%
Schnupfen	3	1,8%
Ohrenschmerzen	3	1,8%
Kopfschmerzen	1	0,6%
Schwächegefühl	1	0,6%
Hörschwäche	1	0,6%

Tabelle 106: Gestellte Diagnosen der Gruppe "K00-K93"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Zahnschmerzen	103	40,1%
Akute Gastritis	54	21,0%
Obstipation	17	6,6%
Akute Gastroenteritis	14	5,4%
Kariesbefall	8	3,1%
Refluxösophagitis	8	3,1%
Dyspepsie	8	3,1%
orale Aphten	8	3,1%
Hernie	7	2,7%
Hämorrhoiden	5	1,9%
Steatosis Hepatis	4	1,6%
Gallenstein (Cholezystitis, Cholezystolithiasis)	4	1,6%
Analfissur	4	1,6%
Akute/chronische Pankreatitis	3	1,2%
Stomatitis aphthosa	2	0,8%
Chronische Cholezystitis	1	0,4%
Chronische Appendizitis	1	0,4%
Akute Appendizitis	1	0,4%
Ulcus ventriculi	1	0,4%
Perianale Blutung	1	0,4%
Afterrhagaden	1	0,4%
Mandibuläre Mikrognathie	1	0,4%
Gingivostomatitis	1	0,4%

Tabelle 107: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "K00-K93"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	126	49,0%	+10,7%
Republik Moldau	46	17,9%	-8,8%
Äthiopien	37	14,4%	+0,2%
Nigeria	30	11,7%	-1,9%
Syrien	10	3,9%	-0,5%
Eritrea	2	0,8%	+0,0%
Ägypten	2	0,8%	+0,6%

Tabelle 108: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "K00-K93"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	38	14,8%	-8,3%
11-20 Jahre	20	7,8%	-5,8%
21-30 Jahre	87	33,9%	+2,3%
31-40 Jahre	64	24,9%	+7,4%
41-50 Jahre	29	11,3%	+2,8%
51-60 Jahre	14	5,4%	+1,3%
61-70 Jahre	4	1,6%	+0,3%
71-80 Jahre	1	0,4%	+0,1%

Tabelle 109: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "K00-K93"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Zahnschmerzen	111	43,2%
Bauchschmerzen	80	31,1%
Dyspepsie	9	3,5%
Obstipation	9	3,5%
Durchfall	8	3,1%
Orale Aphten	8	3,1%
Bekannte Vorerkrankung	7	2,7%
Schmerzhafter Stuhlgang	6	2,3%
Sodbrennen	4	1,6%
Blut im Stuhl	4	1,6%
Keine Symptome	3	1,2%
Fieber	2	0,8%
Hernie	1	0,4%
Blutung	1	0,4%
Chronische Schmerzen	1	0,4%
Akute Schmerzen	1	0,4%
Pilz	1	0,4%
Halsschmerzen	1	0,4%

Tabelle 110: Therapie der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "K00-K93"

Therapie	Patientenzahl	Prozent
Medikamentöse Therapie	120	46,7%
Überweisung Zahnarzt	108	42,0%
Krankenhausaufenthalt	11	4,3%
Keine Therapie	7	2,7%
Überweisung Chirurgie	3	1,2%
Überweisung Pädiater	2	0,8%
Überweisung Gastroenterologie	2	0,8%
Überweisung Gynäkologie	1	0,4%
Überweisung Infektiologie	1	0,4%
Überweisung MKG	1	0,4%
Keine Therapie, da Kosten nicht übernommen werden	1	0,4%

Tabelle 111: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Zahnschmerzen"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	16	15,5%	-7,5%
11-20 Jahre	7	6,8%	-6,8%
21-30 Jahre	36	35,0%	+3,4%
31-40 Jahre	23	22,3%	+4,9%
41-50 Jahre	14	13,6%	+5,1%
51-60 Jahre	3	2,9%	-1,3%
61-70 Jahre	3	2,9%	+1,6%
71-80 Jahre	1	1,0%	+0,6%

Tabelle 112: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Akute Gastritis"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	28	51,9%	+13,6%
Äthiopien	7	13,0%	-1,2%
Nigeria	7	13,0%	-0,6%
Republik Moldau	6	11,1%	-15,5%
Syrien	2	3,7%	-0,7%
Eritrea	1	1,9%	+1,1%
Ägypten	1	1,9%	+1,7%
Ukraine	1	1,9%	+1,4%
Iran	1	1,9%	+1,4%

Tabelle 113: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Akute Gastritis"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	3	5,6%	-17,5%
11-20 Jahre	7	13,0%	-0,6%
21-30 Jahre	22	40,7%	+9,1%
31-40 Jahre	13	24,1%	+6,6%
41-50 Jahre	5	9,3%	+0,8%
51-60 Jahre	3	5,6%	+1,4%
61-70 Jahre	1	1,9%	+0,6%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 114: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "L00-L99"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	48	42,9%	+4,6%
Republik Moldau	28	25,0%	-1,7%
Äthiopien	19	17,0%	+2,8%
Nigeria	9	8,0%	-5,5%
Syrien	3	2,7%	-1,7%
Ägypten	2	1,8%	+1,7%
Pakistan	1	0,9%	+0,7%
Mali	1	0,9%	+0,7%
Libanon	1	0,9%	+0,8%

Tabelle 115: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "L00-L99"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Ekzem	40	35,7%
Akne	17	15,2%
Abszess	12	10,7%
Dermatitis	11	9,8%
Juckreiz	11	9,8%
Bekannte Vorerkrankung	5	4,5%
Erythem	5	4,5%
Haarausfall	3	2,7%
Akute Schmerzen	2	1,8%
Ausschlag	2	1,8%
Alltagsverletzung	1	0,9%
Exanthem	1	0,9%
Atherom	1	0,9%
Hyperkeratose	1	0,9%

Tabelle 116: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "L00-L99"

Therapie	Patientenzahl	Prozent
Medikamentöse Therapie	95	84,8%
Überweisung Chirurgie	5	4,5%
Wundversorgung	4	3,6%
Keine Therapie	3	2,7%
Überweisung Zahnarzt	2	1,8%
Überweisung Pädiatrie	1	0,9%
Überweisung Augenheilkunde	1	0,9%
Krankenhausaufenthalt	1	0,9%

Tabelle 117: Alle gestellten Diagnosen der Gruppe "M00-M99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Akutes/chronisches LWS Syndrom	26	15,9%
Knieschmerzen	26	15,9%
Chronische Schmerzen	23	14,0%
Chronische Rückenschmerzen	21	12,8%
Hexenschuss (Lumbago)	16	9,8%
Nackenschmerzen	11	6,7%
LWS-BWS-HWS Syndrom	8	4,9%
Arthrose	7	4,3%
Fußschmerzen	6	3,7%
Sicca-Syndrom (Sjögren-Syndrom)	3	1,8%
Beinverkürzung	2	1,2%
Verstauchung, Zerrung	2	1,2%
Zervikalneuralgie	2	1,2%
Sehnenentzündung	2	1,2%
Rektusdiastase	2	1,2%
Spinalkanalstenose	1	0,6%
Verbliebener Fremdkörper im Weichteilgewebe	1	0,6%
Gelenkkontraktur	1	0,6%
Pseudoradikuläres Zervikalsyndrom	1	0,6%
Fersensporn	1	0,6%
Osteochondrose	1	0,6%
Ganglion	1	0,6%

Tabelle 118: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "M00-M99"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Rückenschmerzen	68	41,5%
Chronische Schmerzen	46	28,0%
Akute Schmerzen	21	12,8%
Körperliche Gewalt	7	4,3%
Bekannte Vorerkrankung	5	3,0%
Kopfschmerzen	3	1,8%
Sportverletzung	3	1,8%
Alltagsverletzung	2	1,2%
Reizung der Augen	2	1,2%
Kribbelparästhesie	1	0,6%
Flankenschmerz	1	0,6%
Schussverletzung	1	0,6%
Gelenkkontraktur	1	0,6%
Fersensporn	1	0,6%
Ganglion	1	0,6%
Sehchwäche	1	0,6%

Tabelle 119: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "M00-M99"

Therapie	Patientenzahl	Prozent
Medikamentöse Therapie	112	68,3%
Keine Therapie	20	12,2%
Körperliche Übungen	11	6,7%
Wundversorgung	4	2,4%
Überweisung Ophthalmologie	3	1,8%
Überweisung Chirurgie	3	1,8%
Überweisung Orthopädie	3	1,8%
Überweisung Physiotherapie	2	1,2%
Ohrspülung	2	1,2%
Gelkissen für Ferse	2	1,2%
Überweisung Neurochirurgie	1	0,6%
Kosten für Therapie werden nicht übernommen	1	0,6%

Tabelle 120: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose eines Wirbelsäulensyndroms

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-11 Jahre	0	0,0%	-23,1%
11-20 Jahre	1	2,9%	-10,7%
21-30 Jahre	11	32,4%	+0,8%
31-40 Jahre	13	38,2%	+20,8%
41-50 Jahre	4	11,8%	+3,3%
51-60 Jahre	4	11,8%	+7,6%
61-70 Jahre	1	2,9%	+1,7%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 121: Therapien der Patienten mit der Diagnose eines Wirbelsäulensyndroms

Therapie	Patientenzahl	Prozent
Medikamentöse Therapie	27	79,4%
Körperliche Übungen	2	5,9%
Ohrspülung	2	5,9%
Keine Therapie	2	5,9%
Überweisung Orthopädie	1	2,9%

Tabelle 122: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "N00-N99"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	7	7,2%	-15,9%
11-20 Jahre	12	12,4%	-1,2%
21-30 Jahre	32	33,0%	+1,4%
31-40 Jahre	30	30,9%	+13,5%
41-50 Jahre	9	9,3%	+0,8%
51-60 Jahre	7	7,2%	+3,0%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 123: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "N00-N99"

Symptom	Patientenzahl	Relative Häufigkeit
Brennen beim Wasserlassen	37	38,1%
Bekannte Vorerkrankung	12	12,4%
Bauchschmerzen	10	10,3%
Bakterielle Vaginose/Vaginalpilz	8	8,2%
Keine Regelblutung/Unregelmäßige Periode	6	6,2%
Ausflussveränderung	6	6,2%
Keine Symptome	3	3,1%
Nierenschmerz (Flankenschmerz)	2	2,1%
Schmerzen im männlichen Genitalbereich	2	2,1%
Schmerzen an der Brust	2	2,1%
Menorrhagie	2	2,1%
Vaginale Schmerzen	2	2,1%
Kopfschmerzen	1	1,0%
Harninkontinenz	1	1,0%
Vorhautverengung	1	1,0%
Alltagsverletzung	1	1,0%
Akute Schmerzen	1	1,0%

Tabelle 124: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "N00-N99"

Therapie	Patientenzahl	Prozent
Medikamentöse Therapie	65	67,0%
Überweisung Gynäkologie	13	13,4%
Überweisung Urologie	10	10,3%
Keine Therapie	4	4,1%
Überweisung Nephrologie	2	2,1%
Krankenhausaufenthalt	2	2,1%
Körperliche Übungen	1	1,0%

Tabelle 125: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "akute Harnwegsinfektion"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	4	11,8%	-11,3%
11-20 Jahre	3	8,8%	-4,8%
21-30 Jahre	12	35,3%	+3,7%
31-40 Jahre	10	29,4%	+12,0%
41-50 Jahre	2	5,9%	-2,6%
51-60 Jahre	3	8,8%	+4,6%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 126: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "O00-O99"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Äthiopien	3	37,5%	+23,3%
Nigeria	2	25,0%	+11,5%
Republik Moldau	2	25,0%	-13,3%
Irak	1	12,5%	-14,2%

Tabelle 127: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "Q00-Q99"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	15	68,2%	+45,1%
11-20 Jahre	3	13,6%	+0,0%
21-30 Jahre	2	9,1%	-22,5%
31-40 Jahre	1	4,5%	-12,9%
41-50 Jahre	1	4,5%	-3,9%
51-60 Jahre	0	0,0%	-4,2%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 128: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe Q00-Q99"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Bekannte Vorerkrankung	19	86,5%
Keine Symptome	1	4,5%
Skoliose	1	4,5%
Ohrenscherzen	1	4,5%

Tabelle 129: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "Q00-Q99"

Therapie	Patientenzahl	Prozent
Keine Therapie	7	31,8%
Überweisung Neurologie	5	22,7%
Überweisung Pädiatrie	3	13,6%
Medikamentöse Therapie	2	9,1%
Überweisung Kardiologie	2	9,1%
Überweisung Urologie	1	4,5%
Überweisung Chirurgie	1	4,5%
Überweisung Orthopädie	1	4,5%

Tabelle 130: Alle gestellten Diagnosen der Gruppe "R00-R99"

Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
Kopfschmerz	33	42,3%
Bauchschmerzen	13	16,7%
Nasenbluten	4	5,1%
Nykturie	3	3,8%
Körperliche Gewalt	2	2,6%
Dyspepsie	2	2,6%
Miktionsbeschwerden	2	2,6%
Brustschmerzen	2	2,6%
Lymphknotenschwellung	2	2,6%
Petechiale Hämorrhagie	2	2,6%
Epistaxis	1	1,3%
Sodbrennen	1	1,3%
Hämoptyse	1	1,3%
Sprechstörung	1	1,3%
Belastungsdyspnoe	1	1,3%
Husten	1	1,3%
Übermäßiges Schwitzen	1	1,3%
Mikrohämaturie	1	1,3%
Hepatosplenomegalie	1	1,3%
Flatulenz	1	1,3%
Wachstumsschmerzen	1	1,3%
Nekrose der Haut und Unterhaut	1	1,3%
Emotionaler Stress	1	1,3%

Tabelle 131: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "R00-R99"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	28	35,9%	-2,4%
Äthiopien	19	24,4%	+10,2%
Republik Moldau	17	21,8%	-4,9%
Nigeria	11	14,1%	+0,6%
Ägypten	1	1,3%	+1,1%
Iran	1	1,3%	+0,9%
Libanon	1	1,3%	+1,1%

Tabelle 132: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "R00-R99"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	13	16,7%	-6,4%
11-20 Jahre	9	11,5%	-2,1%
21-30 Jahre	22	28,2%	-3,4%
31-40 Jahre	16	20,5%	+3,1%
41-50 Jahre	13	16,7%	+8,2%
51-60 Jahre	4	5,1%	+0,9%
61-70 Jahre	1	1,3%	+0,0%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 133: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "R00-R99"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Kopfschmerzen	29	37,2%
Bauchschmerzen	16	20,5%
Nasenbluten	6	7,7%
Körperliche Gewalt	3	3,8%
Dyspepsie	2	2,6%
Schlafstörungen, Grübeln, Ängste	2	2,6%
Brennen beim Wasserlassen	2	2,6%
Husten, Schnupfen, Halsweh	2	2,6%
Brustschmerz	2	2,6%
Sodbrennen	1	1,3%
Blut im Sputum	1	1,3%
Bettnässen	1	1,3%
Erschwerte Miktion	1	1,3%
Sprechstörung	1	1,3%
Übermäßiges Schwitzen	1	1,3%
Alltagsverletzung	1	1,3%
Keine Symptome	1	1,3%
Bekannte Vorerkrankung	1	1,3%
Husten	1	1,3%
Atemnot, Kurzatmigkeit	1	1,3%
Chronische Schmerzen	1	1,3%
Ausschlag	1	1,3%
Keine Regelblutung/Unregelmäßige Periode	1	1,3%

Tabelle 134: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Kopfschmerz"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	2	6,1%	-17,0%
11-20 Jahre	3	9,1%	-4,5%
21-30 Jahre	12	36,4%	+4,8%
31-40 Jahre	6	18,2%	+0,7%
41-50 Jahre	9	27,3%	+18,8%
51-60 Jahre	1	3,0%	-1,2%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 135: Symptome der Patienten mit der Diagnose "Kopfschmerz"

Symptom	Patientenzahl	Prozent
Kopfschmerzen	29	87,9%
Bauchschmerzen	2	6,1%
Schlafstörungen, Grübeln, Ängste	1	3,0%
Körperliche Gewalt	1	3,0%

Tabelle 136: Therapien der Patienten mit der Diagnose "Kopfschmerz"

Therapie	Patientenzahl	Prozent
Medikamentöse Therapie	28	84,8%
Überweisung Neurologie	3	9,1%
Überweisung Psychiatrie	1	3,0%
Körperliche Übungen	1	3,0%

Tabelle 137: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "S00-T98"

Herkunftsland	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
Irak	38	42,7%	+4,4%
Republik Moldau	18	20,2%	-6,4%
Äthiopien	15	16,9%	+2,6%
Nigeria	12	13,5%	+0,0%
Syrien	2	2,2%	-2,2%
Ukraine	2	2,2%	+1,8%
Eritrea	1	1,1%	+0,4%
Iran	1	1,1%	+0,7%

Tabelle 138: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "S00-T98"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	23	25,8%	+2,8%
11-20 Jahre	13	14,6%	+1,0%
21-30 Jahre	29	32,6%	+1,0%
31-40 Jahre	20	22,5%	+5,0%
41-50 Jahre	4	4,5%	-4,0%
51-60 Jahre	0	0,0%	-4,2%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	0	0,0%	-0,3%

Tabelle 139: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "Z00-Z99"

Alter	Patientenzahl	Prozent	Abweichung von der Gesamtpopulation
0-10 Jahre	1	1,4%	-21,6%
11-20 Jahre	8	11,4%	-2,2%
21-30 Jahre	34	48,6%	+17,0%
31-40 Jahre	22	31,4%	+14,0%
41-50 Jahre	3	4,3%	-4,2%
51-60 Jahre	1	1,4%	-2,8%
61-70 Jahre	0	0,0%	-1,3%
71-80 Jahre	1	1,4%	1,1%

Tabelle 140: Anzahl der Impfbesuche der 0- bis 10-Jährigen

Anzahl der Impfbesuche	Patientenzahl	Prozent
1	114	41,9%
2	60	22,1%
3	42	15,4%
4	30	11,0%
5	13	4,8%
6	5	1,8%
7	6	2,2%
8	2	0,7%

Tabelle 141: Anzahl der Impfbesuche der 11- bis 20-Jährigen

Anzahl der Impfbesuche	Patientenzahl	Prozent
1	80	43,0%
2	61	32,8%
3	21	11,3%
4	14	7,5%
5	8	4,3%
6	1	0,5%
7	1	0,5%

Tabelle 142: Anzahl der Impfbesuche der 21- bis 50-Jährigen

Anzahl der Impfbesuche	Patientenzahl	Prozent
1	379	52,1%
2	196	27,0%
3	92	12,7%
4	41	5,6%
5	12	1,7%
6	7	1,0%

Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern (“Dreisteller”) bei HAUSÄRZTEN*

Rang	ICD-10-Schlüsselnummer	Kurztext
[1]	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie
[2]	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien
[3]	M54	Rückenschmerzen
[4]	E11	Diabetes mellitus, Typ 2
[5]	E04	Sonstige nichttoxische Struma
[6]	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit
[7]	E66	Adipositas
[8]	F32	Depressive Episode
[9]	K76	Sonstige Krankheiten der Leber
[10]	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit
[11]	K29	Gastritis und Duodenitis
[12]	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokali
[13]	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
[14]	I83	Varizen der unteren Extremitäten
[15]	J45	Asthma bronchiale
[16]	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
[17]	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels
[18]	E03	Sonstige Hypothyreose
[19]	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie
[20]	M47	Spondylose
[21]	G47	Schlafstörungen
[22]	M51	Sonstige Bandscheibenschäden
[23]	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts
[24]	F45	Somatoforme Störungen
[25]	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
[26]	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus
[27]	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden
[28]	R54	Senilität
[29]	K80	Cholelithiasis
[30]	I50	Herzinsuffizienz
[31]	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
[32]	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur
[33]	K57	Divertikulose des Darmes
[34]	G43	Migräne
[35]	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien
[36]	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert
[37]	J20	Akute Bronchitis
[38]	I87	Sonstige Venenkrankheiten
[39]	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
[40]	F41	Andere Angststörungen
[41]	I70	Atherosklerose
[42]	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Vi
[43]	N18	Chronische Nierenkrankheit
[44]	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
[45]	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis i
[46]	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Trans
[47]	I11	Hypertensive Herzkrankheit
[48]	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
[49]	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese
[50]	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klass

Abbildung 18: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland - Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern bei Hausärzten [17]

Tabelle 143: Die 50 häufigsten Diagnosen dieser Studie

	Diagnosen	Patientenzahl	Prozent
1.	Akute Infektion der Atemwege	163	8,85%
2.	Zahnschmerzen	103	5,59%
3.	Akute Gastritis	54	2,93%
4.	FGM	54	2,93%
5.	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	49	2,66%
6.	Arterielle Hypertonie	45	2,44%
7.	Ekzem	38	2,06%
8.	Akute Harnwegsinfektion	34	1,85%
9.	Kopfschmerz	33	1,79%
10.	Chronische Hepatitis B	32	1,74%
11.	Akute oder chronische Otitis media	31	1,68%
12.	Scabies	29	1,57%
13.	Akutes/chronisches LWS Syndrom	26	1,41%
14.	Knieschmerzen	26	1,41%
15.	Konjunktivitis	24	1,30%
16.	Grippaler Infekt	23	1,25%
17.	chronische Schmerzen	23	1,25%
18.	Tonsillitis	22	1,19%
19.	Nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2	21	1,14%
20.	Akute Pharyngitis	21	1,14%
21.	Chronische Rückenschmerzen	21	1,14%
22.	Fraktur einer Extremität	21	1,14%
23.	Helicobacter Pylori	20	1,09%
24.	Kopfläuse	20	1,09%
25.	Eisenmangelanämie	19	1,03%
26.	Obstipation	17	0,92%
27.	Akne	17	0,92%
28.	Hexenschuss (Lumbago)	16	0,87%
29.	Bakterielle Vaginose, Scheidenpilz	16	0,87%
30.	Abszess	15	0,81%
31.	akute Gastroenteritis	14	0,76%
32.	Bauchschmerzen	13	0,71%
33.	Depression akut, psychosomatisch	12	0,65%
34.	akute Otitis externa	12	0,65%
35.	Mykose	11	0,60%
36.	HIV	11	0,60%
37.	Akute Rhinitis	11	0,60%
38.	Nackenschmerzen	11	0,60%
39.	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2	10	0,54%
40.	Depressive Episode	10	0,54%
41.	Asthma bronchiale	10	0,54%
42.	Abgelaufene Hepatitis B	9	0,49%
43.	Bronchitis	9	0,49%
44.	Windeldermatitis	9	0,49%
45.	Schnittwunde	9	0,49%

46.	latente Tuberkulose	8	0,43%
47.	Hypothyreose	8	0,43%
48.	Entwicklungsstörung	8	0,43%
49.	Cerumen obturans	8	0,43%
50.	Kariesbefall	8	0,43%

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Asylantragszahlen seit 1953 - BAMF [5]	2
Abbildung 2: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge - Das Bundesamt in Zahlen 2018 [2]	3
Abbildung 3: Asylanträge im Jahr 2018 nach Geschlecht und Altersgruppen - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [2].....	4
Abbildung 4: Verteilung der Asylbegehrenden auf die Bundesländer im Jahr 2018 - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [2].....	5
Abbildung 5: Empfohlene Nachholimpfungen bei Kindern < 12 Monaten - RKI [10].....	7
Abbildung 6: Empfohlene Nachholimpfungen bei Kindern von 12 Monaten bis < 5 Jahren - RKI [10]	7
Abbildung 7: Empfohlene Nachholimpfungen bei Kindern von 5 bis < 11 Jahren - RKI [10]...	8
Abbildung 8: Empfohlene Nachholimpfungen bei Kindern bzw. Jugendlichen von 11 bis < 18 Jahren - RKI [10]	8
Abbildung 9: Empfohlene Nachholimpfungen bei Erwachsenen ab 18 Jahren - RKI [10].....	9
Abbildung 10: Altersverteilung der Gesamtpopulation	15
Abbildung 11: Absolute Häufigkeit der ICD-Diagnosegruppen.....	18
Abbildung 12: Relative Häufigkeit der ICD-Diagnosegruppen (nach Ausschluss der Patienten ohne dokumentierter ICD-Diagnose).	19
Abbildung 13: Relative Häufigkeit der Symptomgruppen.....	21
Abbildung 14: "Percentage of asylum-seeker and resettlement-refugee patients presenting with different symptoms and diagnoses according to ICD-10. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$ " [12]	67
Abbildung 15: Distribution of diagnoses arranged by organic system in the International Classification of Primary Care (ICPC) including all patient contacts during consultation hours for adults between May and December 2015 (n = 917; missing: 13) – Borgschulthe et al. 2018 [14].....	69
Abbildung 16: Diagnostic categories by insurance (arrival) status. Comparing the proportion by insurance status state vs. other ** $p < 0.001$ * $p = 0.0043$, other differences were not significant. Standard error bars are shown - Goodman, Jensen et al. 2018 [17]	70
Abbildung 17: Einteilung der weiblichen Genitalverstümmelung nach WHO - Weltgesundheitsorganisation 2008 [79]	83
Abbildung 18: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland - Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern bei Hausärzten [17].....	117

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auszug aus der Excel-Tabelle, die zur Gruppeneinteilung verwendet wurde	11
Tabelle 2: Gruppeneinteilung von angegebenen Symptomen	13
Tabelle 3: Absolute und relative Häufigkeiten von Herkunftsländern in der Gesamtpopulation	16
Tabelle 4: Anzahl der Arztbesuche pro Patient.....	16
Tabelle 5: Anzahl der medizinischen Fragestellungen pro Patient.....	17
Tabelle 6: Die häufigsten Einzeldiagnosen im Jahr 2018.....	20
Tabelle 7: Gestellte Diagnosen der Gruppe "J00-J99".....	22
Tabelle 8: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "J00-J99"	23
Tabelle 9: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "akute Infektion der oberen Atemwege"	24
Tabelle 10: Die häufigsten gestellten Diagnosen der Gruppe "K00-K93"	25
Tabelle 11: Die häufigsten Diagnosen aus der Gruppe "A00-B99"	27
Tabelle 12: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "A00-B99"	27
Tabelle 13: Die häufigsten Symptome und Gründe für den Arztbesuch der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "A00-B99"	28
Tabelle 14: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Scabies"	28
Tabelle 15: Altersverteilung der Patienten der Patienten mit der Diagnose "Scabies"	29
Tabelle 16: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "chronische Hepatitis B"	29
Tabelle 17: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "chronische Hepatitis B"	30
Tabelle 18: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Helicobacter pylori"	30
Tabelle 19: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Helicobacter pylori"	31
Tabelle 20: Die häufigsten gestellten Diagnosen der Gruppe "M00-M99".....	31
Tabelle 21: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "M00-M99"	32
Tabelle 22: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "M00-M99".....	32
Tabelle 23: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose eines Wirbelsäulensyndroms..	33
Tabelle 24: Die häufigsten gestellten Diagnosen der Gruppe "F00-F99"	33
Tabelle 25: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "F00-F99"	34
Tabelle 26: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "F00-F99"	34
Tabelle 27: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "F00-F99".....	35
Tabelle 28: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Posttraumatische Belastungsstörung".....	35
Tabelle 29: Gestellte Diagnosen der Gruppe "L00-L99"	36
Tabelle 30: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "L00-L99"	37
Tabelle 31: Gestellte Diagnosen der Gruppe "N00-N99"	38
Tabelle 32: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "N00-N99"	38

Tabelle 33: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "akute Harnwegsinfektion"	39
Tabelle 34: Symptome der Patienten mit der Diagnose "akute Harnwegsinfektion"	39
Tabelle 35: Gestellte Diagnosen aus der Gruppe "S00-T98"	40
Tabelle 36: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "S00-T98"	41
Tabelle 37: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "S00-T98"	41
Tabelle 38: Die häufigsten gestellte Diagnosen der Gruppe "R00-R99"	42
Tabelle 39: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "R00-R99"	43
Tabelle 40: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Kopfschmerz"	43
Tabelle 41: Gestellte Diagnosen der Gruppe "Z00-Z99"	44
Tabelle 42: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "Z00-Z99"	44
Tabelle 43: Symptome der Patienten mit eine Diagnose der Gruppe "Z00-Z99"	45
Tabelle 44: Herkunftsländer der Patientinnen mit der Diagnose "FGM"	45
Tabelle 45: Altersverteilung der Patientinnen mit der Diagnose "FGM"	45
Tabelle 46: Gestellte Diagnosen der Gruppe "I00-I99"	46
Tabelle 47: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Arterielle Hypertonie"	47
Tabelle 48: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Otitis media"	48
Tabelle 49: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "H00-H59"	49
Tabelle 50: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Diabetes mellitus Typ 2"	51
Tabelle 51: Gestellte Diagnosen aus der Gruppe "D50-D90"	52
Tabelle 52: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "D50-D90"	52
Tabelle 53: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Eisenmangelanämie"	53
Tabelle 54: Gestellte Diagnosen der Gruppe "G00-G99"	54
Tabelle 55: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "G00-G99"	54
Tabelle 56: Gestellte Diagnosen der Gruppe "Q00-Q99"	55
Tabelle 57: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "Q00-Q99"	55
Tabelle 58: Häufigkeit der Diagnosen aus der Gruppe "C00-D48"	56
Tabelle 59: Gestellte Diagnosen der Gruppe "O00-O99"	57
Tabelle 60: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "O00-O99"	57
Tabelle 61: Herkunftsländer der Patientinnen mit einer Schwangerschaft ohne ICD-Diagnose	58
Tabelle 62: Absolute und relative Häufigkeit der Therapien aller Patienten	59
Tabelle 63: Herkunftsländer aller Patienten der Impfsprechstunde	60
Tabelle 64: Altersverteilung der Patienten in der Impfsprechstunde	61
Tabelle 65: Anzahl der besuchten Impftermine pro Patient.....	61
Tabelle 66: Herkunftsländer der 0- bis 10-Jährigen in der Impfsprechstunde	61
Tabelle 67: Herkunftsländer der 11- bis 20- Jährigen in der Impfsprechstunde	62
Tabelle 68: Herkunftsländer der 21- bis 50-Jährigen in der Impfsprechstunde	63

Tabelle 69: Herkunftsländer der über 50-Jährigen in der Impfsprechstunde	64
Tabelle 70: Häufigkeit aller Diagnosen aus der Gruppe "A00-B99"	95
Tabelle 71: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "A00-B99"	96
Tabelle 72: Alle Symptome und Gründe für den Arztbesuch der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "A00-B99"	96
Tabelle 73: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "A00-B99"	97
Tabelle 74: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "C00-D48"	97
Tabelle 75: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "C00-D48"	97
Tabelle 76: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "D50-D90"	97
Tabelle 77: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "D50-D90"	98
Tabelle 78: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Eisenmangelanämie"	98
Tabelle 79: Gestellte Diagnosen der Gruppe "E00-E99"	98
Tabelle 80: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "E00-E99"	98
Tabelle 81: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "E00-E99"	99
Tabelle 82: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Diabetes mellitus Typ 2"	99
Tabelle 83: Gestellte Diagnosen der Gruppe "F00-F99"	99
Tabelle 84: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "F00-F99"	100
Tabelle 85: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Posttraumatische Belastungsstörung"	100
Tabelle 86: Symptome und Ursachen für den Arztbesuch bei Patienten mit der Diagnose "Posttraumatische Belastungsstörung"	100
Tabelle 87: Therapien der Patienten mit der Diagnose "Posttraumatische Belastungsstörung"	100
Tabelle 88: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "G00-G99"	101
Tabelle 89: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "G00-G99"	101
Tabelle 90: Gestellte Diagnosen der Gruppe "H00-H59"	101
Tabelle 91: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "H00-H59"	101
Tabelle 92: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "H00-H59"	102
Tabelle 93: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Konjunktivitis"	102
Tabelle 94: Gestellte Diagnosen der Gruppe "H60-H95"	102
Tabelle 95: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "H60-H95"	102
Tabelle 96: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "H60-H95"	103
Tabelle 97: Symptome der Patienten mit der Diagnose "Otitis media"	103
Tabelle 98: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "I00-I99"	103
Tabelle 99: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "I00-I99"	103
Tabelle 100: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "I00-I99"	103
Tabelle 101: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Arterielle Hypertonie"	104

Tabelle 102: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "J00-J99"	104
Tabelle 103: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "J00-J99"	104
Tabelle 104: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Akute Infektion der oberen Atemwege"	105
Tabelle 105: Symptome der Patienten mit der Diagnose "Akute Infektion der oberen Atemwege"	105
Tabelle 106: Gestellte Diagnosen der Gruppe "K00-K93"	105
Tabelle 107: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "K00-K93"	106
Tabelle 108: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "K00-K93"	106
Tabelle 109: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "K00-K93"	106
Tabelle 110: Therapie der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "K00-K93"	107
Tabelle 111: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Zahnschmerzen"	107
Tabelle 112: Herkunftsländer der Patienten mit der Diagnose "Akute Gastritis"	107
Tabelle 113: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Akute Gastritis"	108
Tabelle 114: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "L00-L99"	108
Tabelle 115: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "L00-L99"	108
Tabelle 116: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "L00-L99"	109
Tabelle 117: Alle gestellten Diagnosen der Gruppe "M00-M99"	109
Tabelle 118: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "M00-M99"	110
Tabelle 119: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "M00-M99"	110
Tabelle 120: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose eines Wirbelsäulensyndroms	110
Tabelle 121: Therapien der Patienten mit der Diagnose eines Wirbelsäulensyndroms	111
Tabelle 122: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "N00-N99"	111
Tabelle 123: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "N00-N99"	111
Tabelle 124: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "N00-N99"	112
Tabelle 125: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "akute Harnwegsinfektion" ..	112
Tabelle 126: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "O00-O99"	112
Tabelle 127: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "Q00-Q99"	112
Tabelle 128: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "Q00-Q99"	112
Tabelle 129: Therapien der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "Q00-Q99"	113
Tabelle 130: Alle gestellten Diagnosen der Gruppe "R00-R99"	113
Tabelle 131: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "R00-R99"	113
Tabelle 132: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "R00-R99"	114
Tabelle 133: Symptome der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "R00-R99"	114
Tabelle 134: Altersverteilung der Patienten mit der Diagnose "Kopfschmerz"	114
Tabelle 135: Symptome der Patienten mit der Diagnose "Kopfschmerz"	115

Tabelle 136: Therapien der Patienten mit der Diagnose "Kopfschmerz"	115
Tabelle 137: Herkunftsländer der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "S00-T98"	115
Tabelle 138: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "S00-T98"	115
Tabelle 139: Altersverteilung der Patienten mit einer Diagnose der Gruppe "Z00-Z99"	115
Tabelle 140: Anzahl der Impfbesuche der 0- bis 10-Jährigen	116
Tabelle 141: Anzahl der Impfbesuche der 11- bis 20-Jährigen	116
Tabelle 142: Anzahl der Impfbesuche der 21- bis 50-Jährigen	116
Tabelle 143: Die 50 häufigsten Diagnosen dieser Studie.....	118

10. Literatur

1. Hahn K, Steinhäuser J, Wilfling D, Goetz K (2019) Quality of health care for refugees - a systematic review. *BMC Int Health Hum Rights* 19(1):20. doi:10.1186/s12914-019-0205-7
2. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018) Das Bundesamt in Zahlen 2018. - Asyl, Migration und Integration, https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=14
3. Esmail M WK (2017) Die ambulante Versorgung Geflüchteter-Eine migrationsmedizinische Herausforderung? doi:10.1007/s15006-017-9034-6
4. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Von der Dienststelle zum Bundesamt. http://www.bamf.de/DE/DasBAMF/Chronik/Bundesamt/bundesamt-node.html;jsessionid=BF181D0192962307D29AB634F34359B.2_cid286. Zugegriffen: 30. September 2019
5. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019) Das Bundesamt in Zahlen 2019. - Asyl, <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2019.html?nn=284738>
6. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541; 2019 I 162) geändert worden ist
7. Mipatrini D, Stefanelli P, Severoni S, Rezza G (2017) Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. *Pathog Glob Health* 111(2):59–68. doi:10.1080/20477724.2017.1281374
8. Fabiani M, Riccardo F, Di Napoli A, Gargiulo L, Declich S, Petrelli A (2016) Differences in Influenza Vaccination Coverage between Adult Immigrants and Italian Citizens at Risk for Influenza-Related Complications: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE* 11(11):e0166517. doi:10.1371/journal.pone.0166517
9. Williams GA, Bacci S, Shadwick R, Tillmann T, Rechel B, Noori T, Suk JE, Odone A, Ingleby JD, Mladovsky P, Mckee M (2016) Measles among migrants in the European Union and the European Economic Area. *Scand J Public Health* 44(1):6–13. doi:10.1177/1403494815610182
10. Robert Koch-Institut Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch-Instituts Ausgabe 34/2019, https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2019/Ausgaben/34_19.pdf?__blob=publicationFile
11. PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH <https://www.pegamed.de/impressum>. Zugegriffen: 01. April 2020

12. 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. doi:10.1186/s13031-019-0223-z
13. United Nations High Commissioner for Refugees (2011) UNHCR Resettlement Handbook - Division of International Protection, 46f7c0ee2.pdf (unhcr.org)
14. 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(1):488. doi:10.1186/s12913-018-3174-y
15. World Organization of Family Doctors International Classification of Primary Care, <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/wicc.aspx>
16. Posh N, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung - Medizinische Universität Graz (2017) Erfassung von "abschließenden Behandlungen" und "unnötigen Überweisungen" zur Erhebung der Prozessqualität in der Primärversorgung, https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/allgemeinmedizin/pdf/berichte/2017/IAMEV_ProzessQual_abschl-Behandlung_final.pdf
17. 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(1):64. doi:10.1186/s12875-018-0758-x
18. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2016) Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen. - Jahr 2015, https://zideba-ckup.z1.web.core.windows.net/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Die_50_h%c3%a4ufigsten_ICD-2015.pdf
19. Sipetic Grujicic S, Terzic Supic Z, Nikolic Z, Gredic D, Bjekic M, Bjegovic V, Ratkov I (2014) Risk factors for the development of arterial hypertension. *Med Glas (Zenica)* 11(1):19–25, PMID: 24496336
20. Casser H-R, Hasenbring M, Becker A, Baron R (2016) Rückenschmerzen und Nackenschmerzen. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, <https://link.springer.com/content/pdf/bfm%3A978-3-642-29775-5%2F1.pdf>
21. Eccles R WJ (2015) Exposure to cold and acute upper respiratory tract infection, doi:104193/Rhino14.239
22. Ahmed N, Astrom A, Skaug N, Pertersen P (2007) Dental caries prevalence and risk factors among 12-year old schoolchildren from Baghdad, Iraq: a post-war survey. *International Dental Journal*:36–44, doi: 10.1111/j.1875-595x.2007.tb00116.x
23. Savage KO, Oderinu OH, Oginni AO, Uti OG, Adegbulugbe IC, Dosumu OO (2019) Dentine hypersensitivity and associated factors: a Nigerian cross-sectional study. *Pan Afr Med J* 33:272. doi:10.11604/pamj.2019.33.272.18056

24. Lee AM (2011) Minor Depressive Disorder. Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. In: Kreuzer JS, DeLuca J, Caplan B (Hrsg) Encyclopedia of clinical neuropsychology. Springer, New York, London, S 1633–1634, isbn: 0387799478
25. M. Alberer, M. Wendeborn, T. Löscher, M. Seilmaier (2016) Erkrankungen von Flüchtlingen und Asylbewerbern. Daten von drei verschiedenen medizinischen Einrichtungen im Raum München aus den Jahren 2014 und 2015, doi: 10.1055/s-0041-106907
26. van Berlaer G, Bohle Carbonell F, Manantsoa S, Béthune X de, Buyl R, Debacker M, Hubloue I (2016) A refugee camp in the centre of Europe: clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels. *BMJ Open* 6(11):e013963. doi:10.1136/bmjopen-2016-013963
27. Moran EB, Katz MA, Ari O-B, Davidovitch N, Zwang O (2019) For What Illnesses Do Asylum Seekers and Undocumented Migrant Workers in Israel Seek Healthcare? An Analysis of Medical Visits at a Large Urgent Care Clinic for the Uninsured in Tel Aviv. *Int J Environ Res Public Health* 16(2). doi:10.3390/ijerph16020252
28. Kotsiou OS, Kotsios P, Srivastava DS, Kotsios V, Gourgoulisanis KI, Exadaktylos AK (2018) Impact of the Refugee Crisis on the Greek Healthcare System: A Long Road to Ithaca. *Int J Environ Res Public Health* 15(8). doi:10.3390/ijerph15081790
29. 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(9):851–854. doi:10.1007/s10654-017-0269-4
30. Xu K, Watanabe-Galloway S, Qu M, Grimm B, Kim J (2018) Common Diagnoses among Refugee Populations: Linked Results with Statewide Hospital Discharge Database. *Ann Glob Health* 84(3):541–550. doi:10.29024/aogh.2354
31. Piper W (2013) Innere Medizin. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, isbn:978-3-642-33-108
32. Deng L, Ma P, Wu Y, Ma Y, Yang X, Li Y, Deng Q (2020) High and low temperatures aggravate airway inflammation of asthma: Evidence in a mouse model. *Environ Pollut* 256:113433. doi:10.1016/j.envpol.2019.113433
33. Nordrhein KV Die 100 häufigsten ICD-10-Schlüssel und Kurztex te (nach Fachgruppen) - 1. Quartal 2015, https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/verordnungen/morbiditytaetsstatistik/100icd_20-3.pdf
34. Pfortmueller CA, Schwetlick M, Mueller T, Lehmann B, Exadaktylos AK (2016) Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems? *PLoS ONE* 11(2):e0148196. doi:10.1371/journal.pone.0148196
35. Mohammadzadeh Z, Jung F, Lelgemann M (2016) Gesundheit für Flüchtlinge - das Bremer Modell. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59(5):561–569. doi:10.1007/s00103-016-2331-x

36. Laukamp A, Prüfer-Krämer L, Fischer F, Krämer A (2019) Health of Syrian unaccompanied asylum seeking adolescents (UASA) at first medical examination in Germany in comparison to UASA from other world regions. *BMC Int Health Hum Rights* 19(1):5. doi:10.1186/s12914-019-0192-8
37. Parmentier H, Golding S, Ashworth M, Rowlands G (2004) Community pharmacy treatment of minor ailments in refugees. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*:465-469, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2004.00591.x>
38. El-Khatib Z, Taus K, Richter L, Allerberger F, Schmid D (2019) A Syndrome-Based Surveillance System for Infectious Diseases Among Asylum Seekers in Austrian Reception Centers, 2015-2018: Analysis of Reported Data. *JMIR Public Health Surveill* 5(1):e11465. doi:10.2196/11465
39. Castelli F, Sulis G (2017) Migration and infectious diseases. *Clin Microbiol Infect* 23(5):283–289. doi:10.1016/j.cmi.2017.03.012
40. Dator W, Abunab H, Dao-Ayen N (2018) Health challenges and access to health care among Syrian refugees in Jordan: a review. *East Mediterr Health J* 24(7):680–686. doi:10.26719/2018.24.7.680
41. Frost CJ, Morgan NJ, Allkhenfr H, Dearden S, Ess R, Albalawi WF, Berri A, Benson LS, Gren LH (2019) Determining Physical and Mental Health Conditions Present in Older Adult Refugees: A Mini-Review. *Gerontology* 65(3):209–215. doi:10.1159/000491695
42. Ozaras R, Leblebicioglu H, Sunbul M, Tabak F, Balkan II, Yemisen M, Sencan I, Ozturk R (2016) The Syrian conflict and infectious diseases. *Expert Rev Anti Infect Ther* 14(6):547–555. doi:10.1080/14787210.2016.1177457
43. Abdulghani Mohamad Alsamarai (2009) Frequency of Scabies in Iraq: Survey in a Dermatology Clinic - *J Infect Dev Ctries* 2009; 3(10):789-783, doi: 10.3855/jidc.144
44. Chironna M, Germinario C, Lopalco PL, Carrozzini F, Barbuti S, Quarto M (2003) Prevalence rates of viral hepatitis infections in refugee Kurds from Iraq and Turkey. *Infection* 31(2):70–74. doi:10.1007/s15010-002-3100-3
45. Petru Iarovoi, Constantin Rimis, Constantin Spinu, Maria Isac 2008 (2008) Epidemiology of hepatitis B virus infection in the Republic of Moldova - *J Infect Developing Countries* 2008; 2(3):190-192. doi: 10.3855/jidc.261
46. Musa BM, Bussell S, Borodo MM, Samaila AA, Femi OL (2015) Prevalence of hepatitis B virus infection in Nigeria, 2000-2013: a systematic review and meta-analysis. *Niger J Clin Pract* 18(2):163–172. doi:10.4103/1119-3077.151035
47. Hundie GB, Raj VS, GebreMichael D, Haagmans BL (2017) Seroepidemiology of hepatitis B and C virus infections among blood donors in Ethiopia. *J Med Virol* 89(7):1300–1303. doi:10.1002/jmv.24770

48. Morais S, Costa AR, Ferro A, Lunet N, Peleteiro B (2017) Contemporary migration patterns in the prevalence of *Helicobacter pylori* infection: A systematic review. *Helicobacter* 22(3). doi:10.1111/hel.12372
49. Bin Mohanna MA, Al-Zubairi LM, Sallam AK (2014) Prevalence of *Helicobacter pylori* and parasites in symptomatic children examined for *Helicobacter pylori* antibodies, antigens, and parasites in Yemen. *Saudi Med J* 35(11):1408–1411, PMID: 25399223
50. Goodman KJ, Correa P (1995) The transmission of *Helicobacter pylori*. A critical review of the evidence. *Int J Epidemiol* 24(5):875–887. doi:10.1093/ije/24.5.875
51. PubMed (2020) Transmission pathway of *Helicobacter pylori*: does food play a role in rural and urban areas? - PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20122750/>. Zugegriffen: 14. August 2020
52. Hooi JKY, Lai WY, Ng WK, Suen MMY, Underwood FE, Tanyingoh D, Malfertheiner P, Graham DY, Wong VW, Wu JCY, Chan FKL, Sung JJY, Kaplan GG, Ng SC (2017) Global Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology* 153(2):420–429. doi:10.1053/j.gastro.2017.04.022
53. Melese A, Genet C, Zeleke B, Andualem T (2019) *Helicobacter pylori* infections in Ethiopia; prevalence and associated factors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterol* 19(1):8. doi:10.1186/s12876-018-0927-3
54. Shortall CK, Glazik R, Sornum A, Pritchard C (2017) On the ferries: the unmet health care needs of transiting refugees in Greece. *Int Health* 9(5):272–280. doi:10.1093/inthealth/ihx032
55. Reith W, Bodea S, Kettner M, Mühl-Benninghausen R, Simgen A (2014) Degenerative und altersbedingte Veränderungen an der Wirbelsäule. *Radiologe* 54(11):1069–1077. doi:10.1007/s00117-014-2730-7
56. Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg) (2019) Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR : nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J. E. Cooper, 9. Aufl. Hogrefe, Bern, isbn: 345684557X
57. Dietrich H, Al Ali R, Tagay S, Hebebrand J, Reissner V (2019) Screening for posttraumatic stress disorder in young adult refugees from Syria and Iraq. *Compr Psychiatry* 90:73–81. doi:10.1016/j.comppsy.2018.11.001
58. Müller LRF, Büter KP, Rosner R, Unterhitzberger J (2019) Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 13:8. doi:10.1186/s13034-019-0268-1
59. 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*:1–11.
doi:10.1017/S2045796019000325
60. Beni Yonis O, Khader Y, Jarboua A, Al-Bsoul MM, Al-Akour N, Alfaqih MA, Khatatbeh MM, Amarneh B (2019) Post-traumatic stress disorder among Syrian adolescent refugees in Jordan. *J Public Health (Oxf)*. doi:10.1093/pubmed/fdz026
 61. Georgiadou E, Zbidat A, Schmitt GM, Erim Y (2018) Prevalence of Mental Distress Among Syrian Refugees With Residence Permission in Germany: A Registry-Based Study. *Front Psychiatry* 9:393. doi:10.3389/fpsyt.2018.00393
 62. Keygnaert I, Dias SF, Degomme O, Devillé W, Kennedy P, Kováts A, Meyer S de, Vetenburg N, Roelens K, Temmerman M (2015) Sexual and gender-based violence in the European asylum and reception sector: a perpetuum mobile? *Eur J Public Health* 25(1):90–96. doi:10.1093/eurpub/cku066
 63. Reavell J, Fazil Q (2017) The epidemiology of PTSD and depression in refugee minors who have resettled in developed countries. *J Ment Health* 26(1):74–83. doi:10.1080/09638237.2016.1222065
 64. Bundeszentrale für politische Bildung (2018) Ätiopien: die aktuelle Situation. Bundeszentrale für politische Bildung, https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gPpGhSBzKY0J:https://m.bpb.de/system/files/dokument_pdf/APuZ_2020-18-19_online_2.pdf+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de
 65. Bezabh YH, Abebe SM, Fanta T, Tadese A, Tulu M (2018) Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder among emergency responders of Addis Ababa Fire and Emergency Control and Prevention Service Authority, Ethiopia: institution-based, cross-sectional study. *BMJ Open* 8(7):e020705. doi:10.1136/bmjopen-2017-020705
 66. Yohannes K, Gebeyehu A, Adera T, Ayano G, Fekadu W (2018) Prevalence and correlates of post-traumatic stress disorder among survivors of road traffic accidents in Ethiopia. *Int J Ment Health Syst* 12:50. doi:10.1186/s13033-018-0229-8
 67. Asnakew S, Shumet S, Ginbare W, Legas G, Haile K (2019) Prevalence of post-traumatic stress disorder and associated factors among Koshe landslide survivors, Addis Ababa, Ethiopia: a community-based, cross-sectional study. *BMJ Open* 9(6):e028550. doi:10.1136/bmjopen-2018-028550
 68. Hofmann A, Rösch WH (2018) Kinderurologische Herausforderungen bei Flüchtlingskindern. *Urologe* 57(10):1185–1190. doi:10.1007/s00120-018-0761-9
 69. Kara M, Kilic B, Cöl N, Özcelik A, Büyükcelik M, Balat A (2017) Kidney Disease Profile of Syrian Refugee Children. *Iranian Journal of Kidney Disease* Volume 11

70. Duzkoylu Y, Basceken SI, Kesilmez EC (2017) Physical Trauma among Refugees: Comparison between Refugees and Local Population Who Were Admitted to Emergency Department-Experience of a State Hospital in Syrian Border District. *J Environ Public Health* 2017:8626275. doi:10.1155/2017/8626275
71. Duramaz A, Bilgili MG, Bayram B, Ziroğlu N, Bayrak A, Avkan MC (2017) Orthopedic trauma surgery and hospital cost analysis in refugees; the effect of the Syrian civil War. *Int Orthop* 41(5):877–884. doi:10.1007/s00264-016-3378-x
72. Mateen FJ, Carone M, Nyce S, Ghosn J, Mutuerandu T, Al-Saedy H, Lowenstein DH, Burnham G (2012) Neurological disorders in Iraqi refugees in Jordan: data from the United Nations Refugee Assistance Information System. *J Neurol* 259(4):694–701. doi:10.1007/s00415-011-6248-x
73. Brinckmann MP, van Noort BM, Leithner C, Ploner CJ (2018) Neurological Emergencies in Refugees. *Front Neurol* 9:1088. doi:10.3389/fneur.2018.01088
74. Senadim S, Uygun E, Erdogan M, Koksall A, Soysal A, Atakli D (2018) Profile of Syrian Asylum-Seekers from Neurological Clinic in a Tertiary Center. *Eur Neurol* 80(5-6):249–253. doi:10.1159/000496807
75. Wesseley P (Hrsg) (2000) *Praktischer Umgang mit Kopf- und Gesichtsschmerzen. Symptomatik, Ätiologie und Therapie.* Springer Vienna, Vienna, <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=26230>
76. Zebenigus M, Tekle-Haimanot R, Worku DK, Thomas H, Steiner TJ (2016) The prevalence of primary headache disorders in Ethiopia. *J Headache Pain* 17(1):110. doi:10.1186/s10194-016-0704-z
77. Zebenigus M, Tekle-Haimanot R, Worku DK, Thomas H, Steiner TJ (2017) The burden of headache disorders in Ethiopia: national estimates from a population-based door-to-door survey. *J Headache Pain* 18(1):58. doi:10.1186/s10194-017-0765-7
78. World Health Organization (2017) Female genital mutilation. Fact Sheet, updated February 2017, World Health Organisation Geneva, online abrufbar unter http://who.int/media-centre/facts-heets/fs241/en/zuletzt_abgerufen_am_17.12.2019
79. Weltgesundheitsorganisation (2008) *Eliminating female genital mutilation. An inter-agency statement ; OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNIFEM, WHO.* World Health Organization, Geneva, isbn: 9789241596442
80. World Health Organization *Health risks of female genital mutilation (FGM).* <https://www.who.int/sexual-and-reproductive-health/health-risks-of-female-genital-mutilation>, zuletzt gesichtet am 17.12.2019. Zugegriffen: 22. Mai 2020
81. 28TooMany (2018) *FGM let`s end it. Ethiopia: The Law and FGM,* [https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Law%20Reports/the_law_and_fgm_v1_\(september_2018\).pdf](https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Law%20Reports/the_law_and_fgm_v1_(september_2018).pdf)

82. P. Stanley Yoder, Shanxiao Wang and ICF International (2013) Female Genital Cutting: The Interpretation of Recent DHS Data [CR33], <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/cr33/cr33.pdf>
83. Andrea D Female Genital Mutilation, Genitalverstümmelung, (Microsoft Word - FGM_DBfK-web_Brosch\374re_final_280108_v2.doc) (frauenrechte.de)
84. Amnesty International (2013) Was ist weibliche Genitalverstümmelung, <https://www.amnesty.de/journal/2013/februar/auf-messers-schneide> al
85. Nestlinger J, Fischer P, Jahn S, Ihring I, Czelinski F (2017) Eine empirische Studie zu Genitalverstümmelung in Deutschland, <https://www.netzwerk-integra.de/wp-content/uploads/2021/07/Eine-empirische-Studie-zu-Genitalverstuemm>
86. UNICEF (2018) Multiple Indicator Cluster Survey. - IRAQ, https://mics.unicef.org/news_entries/125/IRAQ-2018-MICS-DATASETS,-SURVEY-FINDINGS-REPORT,-AND-SNAPSHOTS-RELEASEDelung-in-Deutschland.pdf
87. Botnar' VI, Martyniuk KI, Kishlar' LL, Fabrikantova SV, Sokirka GM, Grosu AA (1990) Vtorichnaia profilaktika arterial'noï gipertonii sredi sel'skogo naseleniia Moldavii. Sov Zdravookhr (4):47–51
88. Atkinson H, Wallis S, Coatesworth AP (2015) Acute otitis media. Postgrad Med 127(4):386–390. doi:10.1080/00325481.2015.1028872
89. Dickson G (2014) Acute otitis media. Prim Care 41(1):11–18. doi:10.1016/j.pop.2013.10.002
90. Kassenärztliche Vereinigung Sachsenanhalt (2011) Die 100 häufigsten Diagnosen in Praxen der HNO-Ärzte. 2. Quartal 2011, https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Verordnungsmanagement/Diagnosestatistiken/20120913_Report_HNO_20112.pdf
91. Bal S, Duckles A, Bittenheim A (2019) Visual Health and Visual Healthcare Access in Refugees and Displaced Persons: A Systematic Review. J Immigr Minor Health 21(1):161–174. doi:10.1007/s10903-018-0766-x
92. Gelaw Y, Abateneh A (2014) Ocular morbidity among refugees in Southwest Ethiopia. Ethiop J Health Sci 24(3):227–234. doi:10.4314/ejhs.v24i3.6
93. Fitch CP, Rapoza PA, Owens S, Murillo-Lopez F, Johnson RA, Quinn TC, Pepose JS, Taylor HR (1989) Epidemiology and Diagnosis of Acute Conjunctivitis at an Inner-city Hospital. Ophthalmology 96(8):1215–1220. doi:10.1016/S0161-6420(89)32749-7
94. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (2011) Die 100 häufigsten Diagnosen in Praxen der Kinderärzte. 4. Quartal 2011, https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Verordnungsmanagement/Diagnosestatistiken/20120913_Report_Kinderarzte_20114.pdf

95. International Diabetes Federation (2012) Diabetes in Numbers. Macmillan Publishers Limited, <https://idf.org/>
96. Gemeinsam getragen von Robert Koch-Institut (RKI) und dem Statistischen Bundesamt (2015) Gesundheit in Deutschland - Gesundheitsberichterstattung des Bundes, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld_inhalt.html
97. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2015) Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 385(9963):117–171. doi:10.1016/S0140-6736(14)61682-2
98. International Diabetes Federation IDF Diabetes Atlas 8th Edition 2017 Country Reports - Ethiopia, https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf
99. International Diabetes Federation IDF Diabetes Atlas 8th Edition 2017 Country Reports - Nigeria, https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf
100. Fletscher B, Gulanic M, Lamendola C (2002) Risk Factors for Type 2 Diabetes Mellitus. PMID: 11800065 doi:10.1097/00005082-200201000-00003
101. Rehr M, Shoaib M, Ellithy S, Okour S, Ariti C, Ait-Bouziad I, van den Bosch P, Deprade A, Altarawneh M, Shafei A, Gabashneh S, Lenglet A (2018) Prevalence of non-communicable diseases and access to care among non-camp Syrian refugees in northern Jordan. *Confl Health* 12:33. doi:10.1186/s13031-018-0168-7
102. Agyei-Mensah S, de-Graft Aikins A (2010) Epidemiological transition and the double burden of disease in Accra, Ghana. *J Urban Health* 87(5):879–897. doi:10.1007/s11524-010-9492-y
103. World Health Organization (1972) The Double Burden: Emerging Epidemics and Persistent Problems, https://www.who.int/whr/1999/en/whr99_ch2_en.pdf?ua=1
104. World Health Organization (2002) World Health Report Chapter 1, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42510/WHR_2002.pdf
105. World Health Organization (2002) The world health report. The risk transition. World Health Organization. <https://www.who.int/whr/2002/chapter1/en/index2.html>. Zugegriffen: 24. August 2020
106. 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(6):1332–1338. doi:10.1007/s10903-018-0725-6

107. Lehnert H, Schellong SM, Mößner J, Sieber C, Swoboda W, Neubauer A, Kemkes-Matthes B, Manns MP, Rupp J, Hasenfuß G (Hrsg) (2016) DGIM Innere Medizin. Springer Reference Medizin. Springer, Berlin, Heidelberg, 10.1007/978-3-642-54676-1
108. Piper W (2013) Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe. In: Piper W (Hrsg) Innere Medizin. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 595–720, isbn: 978-3-642-33108-4
109. DeMaeyera E. A-TM (1985) The Prevalence Of Anaemia In The World. World Health Organization, PMID: 3878044
110. World Health Organization (2001) Iron Deficiency Anaemia Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers, https://apps.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/WHO_NHD_01.3/en/index.html
111. World Health Organization (1992) The Prevalence of Anaemia in Women. A tabulation of available information, Second edition, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58994>
112. Akodu OS, Disu EA, Njokanma OF, Kehinde OA (2016) Iron deficiency anaemia among apparently healthy pre-school children in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci* 16(1):61–68. doi:10.4314/ahs.v16i1.8
113. Brinckmann MP, van Noort BM, Leithner C, Ploner CJ (2018) Neurological Emergencies in Refugees. *Front Neurol* 9:1088. doi:10.3389/fneur.2018.01088
114. Senadim S, Uygun E, Erdogan M, Koksall A, Soysal A, Atakli D (2018) Profile of Syrian Asylum-Seekers from Neurological Clinic in a Tertiary Center. *Eur Neurol* 80(5-6):249–253. doi:10.1159/000496807
115. Mateen FJ, Carone M, Nyce S, Ghosn J, Mutuerandu T, Al-Saedy H, Lowenstein DH, Burnham G (2012) Neurological disorders in Iraqi refugees in Jordan: data from the United Nations Refugee Assistance Information System. *J Neurol* 259(4):694–701. doi:10.1007/s00415-011-6248-x
116. Kassenärztliche Vereinigung Sachsenanhalt (2011) Die 100 häufigsten Diagnosen in Praxen der Nervenärzte, Neurologen, Psychiater. 4. Quartal 2011, https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Verordnungsmanagement/Diagnosestatistiken/20120913_Report_Psychiater_20114.pdf
117. Robert Koch-Institut (2016) Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016, <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3264/28oaKVmif0wDk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
118. UNICEF 2018 (2018) Iraq - Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2018, <https://mics.unicef.org/files?job=W1siZiZlsl-jlwMTkvMDMvMDEvMTkvMjMvMTgvNTg5L0VuZ2xpc2gucGRmlld&sha=aea1de7cc6fec09>

119. Berger A, Hierner R, Pallua N (2017) *Plastische Chirurgie*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, isbn: 978-3-662-48849-2
120. Liu C, Ahlberg M, Hjern A, Stephansson O (2019) Perinatal health of refugee and asylum-seeking women in Sweden 2014–17: a register-based cohort study. *Eur J Public Health* 365:1309. doi:10.1093/eurpub/ckz120
121. Bozorgmehr K, Biddle L, Preussler S, Mueller A, Szecsenyi J (2018) Differences in pregnancy outcomes and obstetric care between asylum seeking and resident women: a cross-sectional study in a German federal state, 2010–2016. *BMC Pregnancy Childbirth* 18(1):96. doi:10.1186/s12884-018-2053-1
122. Zhang X, Li J, Gu Y, Zhao Y, Wang Z, Jia G (2011) A pilot study on environmental and behavioral factors related to missed abortion. *Environ Health Prev Med* 16(4):273–278. doi:10.1007/s12199-010-0196-4
123. Fenster L, Schaefer C, Mathur A, Hiatt RA, Pieper C, Hubbard AE, Behren J von, Swan SH (1995) Psychologic stress in the workplace and spontaneous abortion. *Am J Epidemiol* 142(11):1176–1183. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a117576
124. Nilsen RM, Vik ES, Rasmussen SA, Small R, Moster D, Schytt E, Aasheim V (2018) Preeclampsia by maternal reasons for immigration: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 18(1):293. doi:10.1186/s12884-018-2034-4
125. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L (2013) Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 170(1):1–7. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.05.005
126. Ozel S, Yaman S, Kansu-Celik H, Hancerliogullari N, Balci N, Engin-Ustun Y (2018) Obstetric Outcomes among Syrian Refugees: A Comparative Study at a Tertiary Care Maternity Hospital in Turkey. *Rev Bras Ginecol Obstet* 40(11):673–679. doi:10.1055/s-0038-1673427
127. Wanigaratne S, Cole DC, Bassil K, Hyman I, Moineddin R, Urquia ML (2016) The influence of refugee status and secondary migration on preterm birth. *J Epidemiol Community Health* 70(6):622–628. doi:10.1136/jech-2015-206529
128. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B (2009) Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine* 68(3):452–461. doi:10.1016/j.socscimed.2008.10.018
129. Liu C, Urquia M, Cnattingius S, Hjern A (2014) Migration and preterm birth in war refugees: a Swedish cohort study. *Eur J Epidemiol* 29(2):141–143. doi:10.1007/s10654-013-9877-9
130. Michaan N, Gil Y, Amzalag S, Laskov I, Lessing J, Many A (2014) Perinatal Outcome and Financial Impact of Eritrean and Sudanese Refugees Delivered in a Tertiary Hospital in Tel Aviv, Israel, PMID: 25059000

131. Kuvacic I, Skrablin S, Hodzic D, Milkovic G (1996) Possible influence of expatriation on perinatal outcome. Department of Obstetrics and Gynecology, University Medical School of Zagreb, Institute for Perinatal Medicine, Zagreb, Croatia, doi: 10.3109/00016349609033333
132. Turkey Ü, Aydın Ü, Çalışkan E, Salıcı M, Terzi H, Astepe B (2018) Comparison of the pregnancy results between adolescent Syrian refugees and local adolescent Turkish citizens who gave birth in our clinic. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 48:1–6. doi:10.1080/14767058.2018.1519016
133. Miller LS, Robinson JA, Cibula DA (2016) Healthy Immigrant Effect: Preterm Births Among Immigrants and Refugees in Syracuse, NY. *Matern Child Health J* 20(2):484–493. doi:10.1007/s10995-015-1846-3
134. UNICEF 2018 (2017) Nigeria: Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2016-2017, <https://www.unicef.org/nigeria/sites/unicef.org.nigeria/files/2018-09/Nigeria-MICS-2016-17.pdf>
135. UNICEF (2012) Multiple Indicator Cluster Survey. Republic of Moldova, <https://www.unicef.org/moldova/en/reports/multiple-indicator-cluster-survey-mics>

11. Lebenslauf

12. Danksagung

Ich bedanke mich an dieser Stelle bei allen, die mich während meines Studiums und der Anfertigung dieser Dissertation unterstützt haben.

Herr Prof. Dr. Dr. Michael Leitzmann danke ich für die Möglichkeit der Promotion am Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin.

Ganz besonders bedanke ich mich bei Frau Dr. Carmen Jochem für die herausragende Betreuung und die prompte und intensive Unterstützung bei anstehenden Fragen sowie für das Korrekturlesen.

Herrn Dr. med. Rainer Beck danke ich für die Zurverfügungstellung der Daten und die Möglichkeit, das praktische Arbeiten im medizinischen Bereich des Ankerzentrums kennen zu lernen. Ich danke Herrn Oberregierungsrat Karl-Heinz Kreuzer für den Zugang zum Ankerzentrum und die Fürsprache zur Durchführung dieser Studie. Ebenfalls bedanke ich mich bei Herrn Prof. Michael Pfeifer für seine Unterstützung als Zweitgutachter.

Ich bedanke mich außerdem bei meinen Eltern und meiner Familie, die mir mein Studium ermöglicht haben und mir stets unterstützend zur Seite standen.

13. Eidesstattliche Erklärung

Ich, Raphael Arulsamy, geboren am 19.07.1993 in Gießen, erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit

Gesundheitsbericht für die Asylbewerberinnen und Asylbewerber des Ankerzentrums Regensburg im Jahr 2018

ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeit erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Regensburg, den

(Raphael Arulsamy)