

Beratungsanlässe bei Asylsuchenden im Vergleich mit Routinedaten aus der primärärztlichen Versorgung

Refugees' Consultation Issues Compared with Routine Data from Primary Care

Nicola Buhlinger-Göpfarth, Mathias Koehler, Gunter Laux, Joachim Szecsenyi, Kayvan Bozorgmehr

Hintergrund: 2015 sind in Deutschland über eine Million Asylsuchende aufgenommen worden. Für die Bedarfsplanung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung der Flüchtlinge ist eine detaillierte Betrachtung des spezifischen medizinischen Versorgungsbedarfs notwendig. Untersucht wurde, ob sich die Beratungsanlässe wesentlich von denen der einheimischen Bevölkerung unterscheiden.

Methoden: Für diese Querschnittsstudie wurden zwei Datenquellen genutzt. Die CONTENT-Datenbank der Universität Heidelberg liefert Routinedaten aus 44 Hausarztpraxen von insgesamt 207.253 Patienten (2005–2015). Verglichen wurden diese Daten mit den Ergebnissen des Bremer Modells zur Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Hier versorgten die Ärzte des Gesundheitsprogramms 2.341 Flüchtlinge (2001–2008).

Ergebnisse: Schwerpunkte bilden in beiden Datenquellen Krankheiten des Atemsystems: J00–J99, Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems: M00–M99, das Diagnosekapitel: Symptome und abnorme Befunde: R00–R99, sowie Gesundheit beeinflussende Faktoren und Allgemeinuntersuchungen: Z00–Z99. Die genannten ICD-Gruppen sind in beiden Datenquellen unter den vier häufigsten ICD-Gruppen. Die Plätze zwei und drei werden von den gleichen Diagnosegruppen, nämlich J00–J99 und Z00–Z99, besetzt.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es sich bei den meisten Beratungsanlässen von Asylsuchenden um klassische primärärztliche Fragestellungen und Diagnosen handelt. Nicht abschließend geklärt werden konnte, ob psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Flüchtlingen untererfasst werden, oder tatsächlich nicht vermehrt auftreten. Die hier vorgestellten Ergebnisse ermutigen zu weiteren Studien, um eine angemessene Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen abschätzen zu können.

Schlüsselwörter: Flüchtlinge; Allgemeinmedizin; primärärztliche Beratungsanlässe; psychische Erkrankungen

Background: In 2015, more than one million refugees reached Germany. In order to ensure that adequate health care for refugees can be provided, a detailed description of their medical needs is necessary. In the context of this study, we compared refugees' reasons for seeking medical advice with those of the general population.

Methods: For this cross-sectional study two data sources have been used. The CONTENT database of the University of Heidelberg provides routine data from 44 family practitioners covering a total of 207.253 patients. This data has been compared to the results from the Bremen Model for the healthcare for asylum seekers. In this program, 2.341 refugees have been treated.

Results: In both data sources, the most prominent findings are respiratory diseases: J00–J99, diseases of the muscle and skeletal system: M00–M99, diagnosis chapters R00–R99: symptoms and abnormal findings, and Z00–Z99: health-influencing factors and general examinations. These listed ICD-groups are among the four most common ICD-groups in both data sources respectively. The second and third most common diagnosis chapters, namely J00–J99 and Z00–Z99, coincide in both data sources.

Conclusions: The results indicate that the majority of the consultation issues of refugees constitute ordinary matters of primary care. Whether psychological diseases and behavioral disorders often go unregistered, or whether they in fact do not occur more frequently with refugees could not be clarified definitively by this study. The results encourage further studies to anticipate the requirements planning for the medical treatment of refugees.

Keywords: refugees; family medicine; primary care consultation issues; mental illness

Hintergrund

2015 sind ca. 1,1 Millionen Asylsuchende nach Deutschland gekommen [1]. Solange sich die Flüchtlinge in den Erstaufnahmestellen der Länder aufhalten, obliegt die ärztliche Versorgung den zuständigen Landesbehörden. Dort findet üblicherweise auch die Erstuntersuchung gemäß Asylgesetz statt.

Obwohl Asylsuchende mittlerweile vielerorts medizinische Behandlung in Anspruch nehmen, sind sie in der Versorgungsforschung aufgrund fehlender Daten bisher nicht repräsentiert. Die gesundheitlichen Bedarfe und Erkrankungen der Asylsuchenden in den zahlreichen Erstaufnahmeeinrichtungen werden bundesweit bisher nicht einheitlich erfasst. Es fehlt ein einheitlicher Satz an Mindestindikatoren, die aus diesen Settings dokumentiert und berichtet werden [2].

Besser untersucht sind inzwischen Gesundheitsstörungen von schon länger hier lebenden Migrantinnen und Migranten. In einer älteren Studie gibt es Hinweise auf spezielle Gesundheitsprobleme und Besonderheiten in den Krankheitsverläufen bei Migranten. Offenbar führen hier die gegenüber der deutschen Bevölkerung wesentlich höheren sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen in stärkerem Ausmaß zu Somatisierungen psychischer Befindlichkeitsstörungen [3].

Für die Bedarfsplanung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung der Flüchtlinge ist eine detaillierte Betrachtung des spezifischen Versorgungsbedarfes notwendig. Vor diesem Hintergrund stellen sich folgende Fragen: Was sind die häufigsten Beratungsanlässe bei Asylsuchenden? Unterscheiden sich die Beratungsanlässe auffallend von den häufigen primärärztlichen Beratungsanlässen der einheimischen Bevölkerung? Haben Asylsuchende mehr infektiöse Erkrankungen? Wie häufig treten psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten auf? Möglicherweise sind Asylsuchende sogar gesünder als die einheimische Bevölkerung, da nur vergleichsweise Gesunde die Strapazen von Krieg und Flucht überleben. Einige Autoren beschreiben, dass wandernde Personen eine selektive Personengesamtheit darstellen, die im Vergleich zur nicht wandernden Bevölkerung des Herkunftslandes überdurch-

schnittlich gesund ist (healthy migration effect) [4, 5].

Ein Vergleich von bisher vorliegenden Behandlungsdaten zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und repräsentativen Daten zur Gesundheitsversorgung der einheimischen Bevölkerung fand bisher nicht statt. In Deutschland finden jährlich ca. 1,5 Milliarden Praxisbesuche pro Jahr statt [6: 9]. Neun von zehn Erwachsenen nehmen innerhalb eines Jahres die Leistungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Anspruch.

Hausärztinnen und Hausärzten kommt dabei eine zentrale Behandlungsfunktion zu, sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und sind in der Mehrheit der Fälle erster Ansprechpartner bei Gesundheitsstörungen. So waren laut einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage 42 % aller Befragten, die in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal bei einem Arzt waren, ausschließlich beim Hausarzt [7]. Die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung in Heidelberg verfügt mit der CONTENT-Datenbank über ein valides Datenverzeichnis zu den häufigsten Beratungsanlässen im hausärztlichen Versorgungsbereich.

Die vorliegende Querschnittsstudie beschäftigt sich mit einer deskriptiv-vergleichenden Analyse der CONTENT-Daten mit den Daten des Bremer Gesundheitsprogrammes bezogen auf Unterschiede und Übereinstimmung der Beratungsanlässe.

Methoden

Für diese Querschnittsstudie wurden zwei Datenquellen genutzt. Als eine Datenquelle diente die Datenbank CONTENT (CONTinuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork) der Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universitätsklinik Heidelberg. Für diese Arbeit wurden für die Daten von insgesamt 207.253 Patienten der Regelbevölkerung (127.747 Frauen und 84.923 Männer, Altersmedian 43,5) aus dem Zeitraum von 2005 bis 2015 aus 44 verschiedenen Hausarztpraxen ausgewertet. Die Hausarztpraxen liefern Routinedaten, sie repräsentieren eine Mischung aus ländlichen und urbanen Regionen. Rationale und Struktur

des CONTENT-Projekts wurden von Laux et al. [8] beschrieben. Verglichen wurden diese Daten rein deskriptiv mit den Ergebnissen des Bremer Gesundheitsprogramms zur Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Die Daten des Gesundheitsprogramms stammen aus dem Zeitraum von 2001 bis 2008. In diesem Zeitraum versorgten die Ärzte des Gesundheitsprogramms 2.341 erwachsene Asylsuchende und Flüchtlinge (744 Frauen und 1.597 Männer) und stellten 20.752 Diagnosen. Die Diagnoseerfassung nach ICD-10 erfolgte vor einer eventuellen Überweisung zu Spezialisten. Der Altersmedian betrug bei den Frauen 31,7 und bei den Männern 28,8 [9].

Ergebnisse

Bei der Analyse der CONTENT-Daten zeigte sich, dass Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems mit 27 % am häufigsten sind (Abb. 1). Es folgt die Gruppe Krankheiten des Atmungssystems: J00–J99 mit 26 %. An dritter Stelle steht mit 22 % die Gruppe Z00–Z99: Gesundheit beeinflussende Faktoren, diese Gruppe fasst unterschiedliche ärztliche Leistungen ohne akute Krankheits-symptome zusammen, zu denen zum Beispiel auch Vorsorgeuntersuchungen wie die Gesundheitsuntersuchung zählen. An vierter Stelle stehen Symptome und abnorme Befunde (R00–R99) mit 21 %. Alle übrigen nach ICD kodierten Krankheitsgruppen liegen unter einer Häufigkeit von 15 %.

Schwerpunkte bilden in beiden Datenquellen Krankheiten des Atmungssystems, Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems, Symptome und abnorme Befunde sowie Gesundheit beeinflussende Faktoren. Die genannten ICD-Gruppen sind in beiden Datenquellen unter den vier häufigsten ICD-Gruppen. Die Plätze zwei und drei werden von den gleichen Diagnosegruppen, nämlich J00–J99 und Z00–Z99, gebildet.

Betrachtet man die Gruppe A00–A99: Infektiöse und parasitäre Krankheiten, ist festzustellen, dass in beiden Datenquellen diese Gruppe nur einen kleineren Teil aller Diagnosen einnimmt (CONTENT 11 %, Bremer Gesundheitsprogramm 3 %). Bei 0,6 % aller Patienten des Bremer Gesundheitsprogramms wurde eine Tuberkulose di-

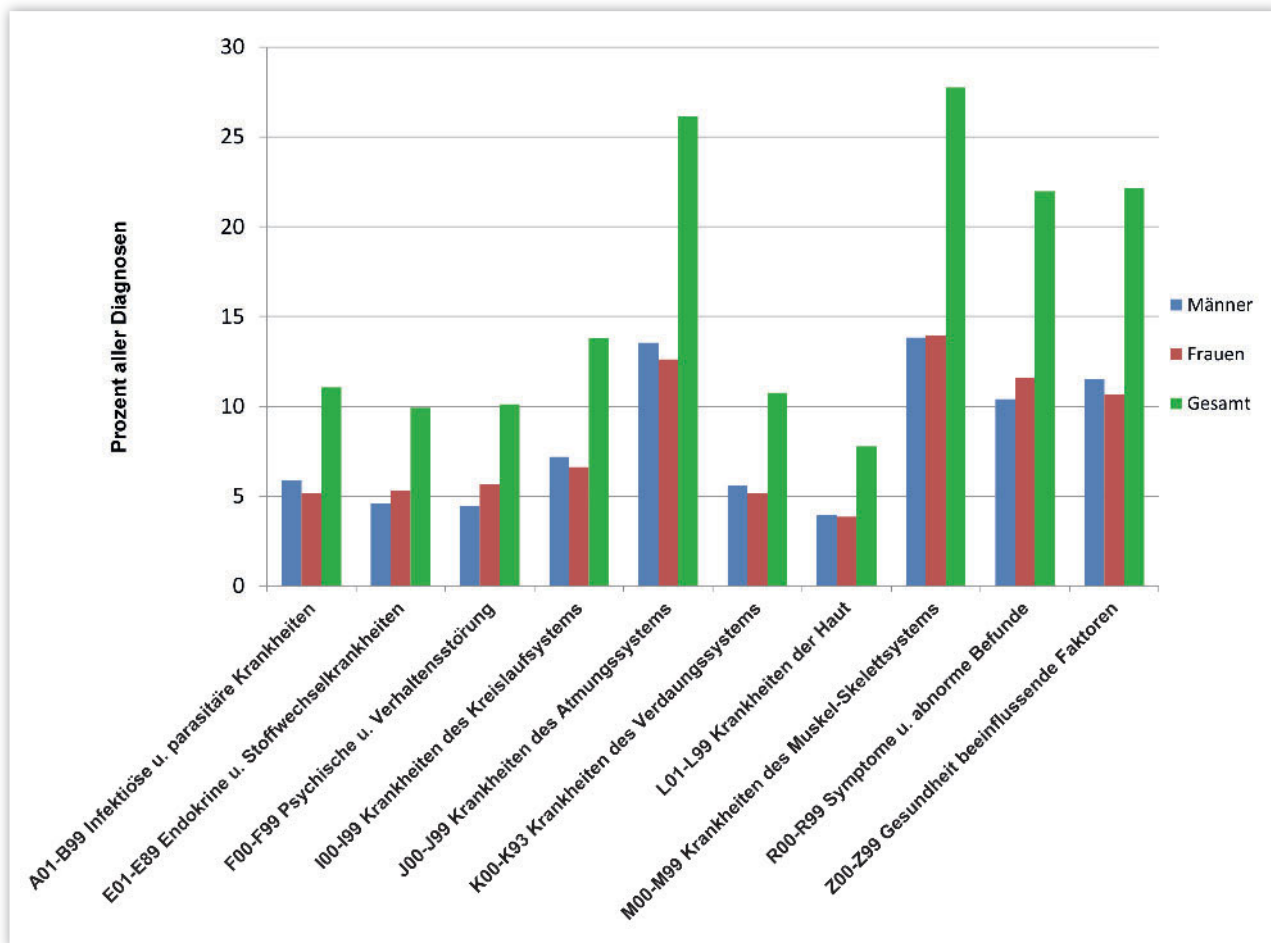


Abbildung 1 CONTENT-Daten, Diagnosen nach ICD-10-GM-2005. Auswahl häufiger Diagnosegruppen, Zeitraum: 2005–2015. Frauen n = 821.047, Männer n = 553.600

agnostiziert. Im Vergleich dazu lag die Prävalenz in den CONTENT-Daten bei 0,038 %. In Bezug auf psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen könnte man annehmen, dass Flüchtlinge infolge ihrer Flucht und den damit verbundenen psychischen Belastungen häufiger an Erkrankungen der ICD-Gruppe F00–F99 leiden. Aus der Datenauswertung seitens der Bremer Gesundheitsbehörde ergibt sich allerdings, dass die absolute Prävalenz in der Population der Asylsuchenden des Bremer Gesundheitsprogramms niedriger war als in der Gesamtpopulation der Patienten aus dem CONTENT-Pool (Anteil der nach ICD F00–F99 kodierten Erkrankungen CONTENT: 10 vs. 3 % Bremer Datenquelle).

Auswertung der häufigsten Einzelbefunde

Vergleicht man die häufigsten Einzelbefunde, so wird deutlich, dass in bei-

den Quellen klassische primärärztliche Beratungsanlässe den Schwerpunkt bilden. Asylsuchende suchen keinesfalls wegen seltenen Gesundheitsproblemen ärztlichen Rat. Häufig handelt es sich um Schmerzsymptome (Kopfschmerz: R51, Bauchschmerzen: R10, Hals- und Brustschmerzen: R07, Rückenschmerzen: M54) und akute Atemwegsinfektionen (J00, J02, J06) oder akute Infektionen wie Grippe ohne Virennachweis: J11.

Die Abbildungen zeigen die 24 häufigsten Einzelbefunde beider Datenquellen. Tatsächlich tauchen viele Einzeldiagnosen übereinstimmend unter den häufigsten Diagnosen in beiden Datenquellen auf – primäre Hypertonie: I10, Rückenschmerzen: M54, Atemwegsinfektionen: J06, akute Pharyngitis: J02, somatoforme Störungen: F45 und allgemeine Erstuntersuchungen ohne Diagnosen: Z00.

Es gibt aber auch Unterschiede. Unter den häufigen Einzeldiagnosen der

Bremer Datenerhebung finden sich Zahnkrankheiten: K08 und Zahnkaries: K02 (mit fast 2 % aller Befunde) – im Vergleich zu Routinedaten der CONTENT-Quelle eine vergleichbar hohe Zahl. Zahnkaries findet sich in den CONTENT-Daten nur sehr selten (0,07 %). Seit Jahren ist in Deutschland eine rückläufige Entwicklung bei Karies festzustellen [10].

Auffallend häufig bei den Einzelbefunden des Bremer Gesundheitsprogramms wurde R51 Kopfschmerz kodiert (17 %). Kopfschmerz ist zwar kein besonders ungewöhnliches Symptom, findet sich in den CONTENT-Daten aber nicht unter den häufigsten Einzeldiagnosen und liegt in dieser Datenquelle lediglich mit einem Prozentanteil von 0,5 % vor. Dies ist ein deutlicher Unterschied.

In den CONTENT-Daten sind außerdem Impfungen, Kombinationsimpfungen und sonstige Impfungen unter den häufigsten Kodierungen. Dagegen findet sich in der Bremer Datenquelle

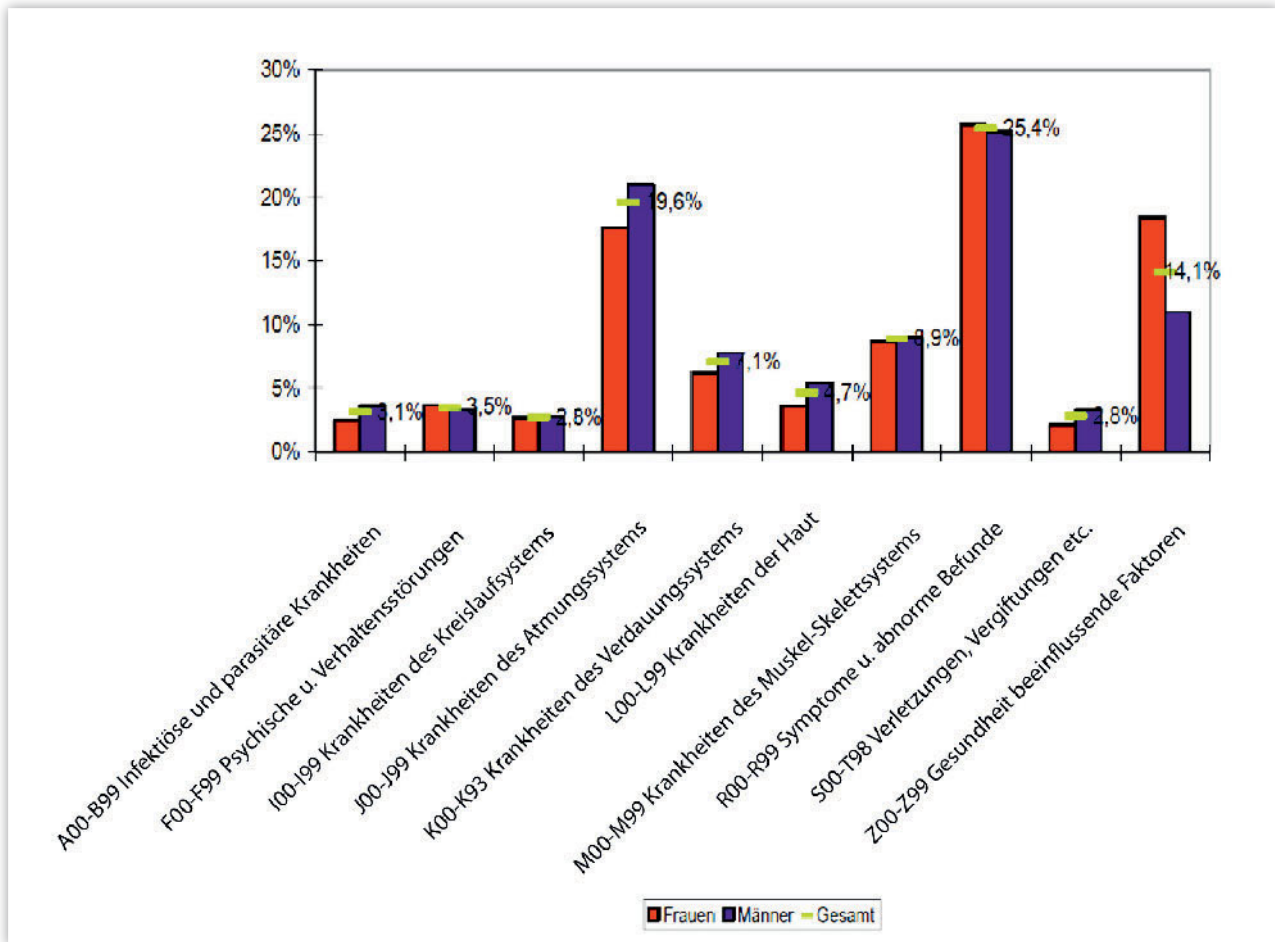


Abbildung 2 Bremer Datenquelle. Diagnosen nach ICD-10-GM-2005. Auswahl häufiger Diagnosegruppen, Zeitraum 2001–2008 (alle Befunde n = 20.752; Frauen n = 8.763, Männer n = 11.989)

ICD-10 Z32: Schwangerschaftsfeststellung noch unter den häufigsten Befunden.

Diskussion

Bei den häufigsten Einzeldiagnosen handelt es sich um klassische Beratungsanlässe aus dem primärärztlichen Bereich. Dies wurde im Vergleich mit den CONTENT-Daten deutlich. Flüchtlinge stellen laut WHO für die Bevölkerung der Aufnahmeländer keine erhöhte Gefahr in Bezug auf Atemwegserkrankungen (Influenzaviren, respiratorische Synzytial-Viren, Adenoviren, Parainfluenzaviren) dar, weil diese Infektionskrankheiten in diesen Ländern weit verbreitet sind [11]. Durch die Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtungen könnte sich die Prävalenz von Erkältungskrankheiten freilich erhöhen.

Betrachtet man die Ergebnisse des Bremer Gesundheitsprogramms erge-

ben sich außerdem bei Asylsuchenden keine besonderen Auffälligkeiten bezüglich schwerwiegenden Infektionskrankheiten, mit Ausnahme der Tuberkulose.

Unterschiede finden sich bei Diagnosen der Z-Gruppe. Zu den häufigsten Einzeldiagnosen der CONTENT-Daten gehören Impfungen und Kombinationsimpfungen. Diese sind in den Daten des Bremer Gesundheitsprogramms nicht erfasst, weil Impfungen zum damaligen Zeitpunkt in der Einrichtung nicht durchgeführt wurden [persönliche Kommunikation mit Felicitas Jung, Bremer Gesundheitsbehörde].

Seit dem Flüchtlingsstrom 2015 wird nun verstärkt auch aus infektionshygienischen Gründen auf die Impfung der Asylsuchenden geachtet, sodass künftig Impfdiagnosen bei Flüchtlingen ebenfalls vermehrt als Einzeldiagnosen auftauchen werden. Die in der vorliegenden Arbeit betrachteten Gruppen sind wegen der zum damaligen Zeit-

punkt vorhandenen verschiedenen Gegebenheiten im Hinblick auf die Impfdiagnosen nicht vergleichbar.

In Bezug auf zukünftige Behandlungskosten von Erkrankungen anerkannter Asylbewerber ist die vergleichsweise häufige Kodierung von Zahnkrankheiten und Zahnkaries zu diskutieren. In Deutschland geht Karies seit Jahren deutlich zurück. Als Ursachen für den deutlichen Kariesrückgang werden regelmäßige Zahnarztbesuche und eine Ausweitung der Fissurenversiegelung (vorsorgliche Versiegelung der Kauflächen bleibender Backenzähne) im Rahmen der zahnärztlichen Individualprophylaxe identifiziert [10]. Im Vergleich zu Routinedaten aus der Hausarztpraxis ist der Anteil von Patienten mit Zahnkaries oder sonstigen Zahnerkrankungen vermutlich höher, ohne dass dies tatsächlich bewiesen werden kann, da einheimische Patienten in der primärärztlichen Versorgung wegen Zahnerkrankungen kaum ihren Hausarzt aufsuchen werden und dadurch die ent-

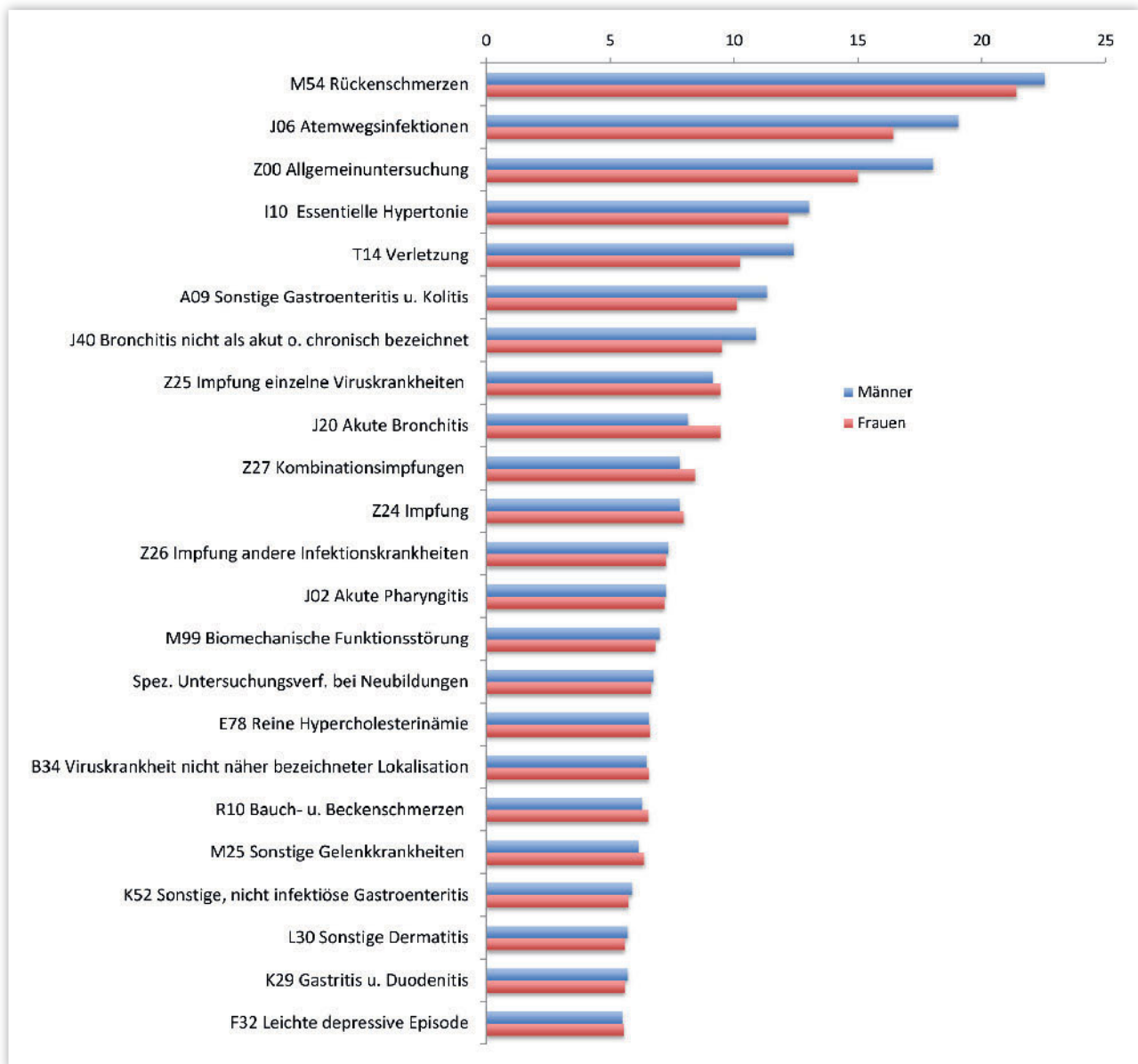


Abbildung 3 Häufige Einzeldiagnosen der CONTENT-Datenquelle in Prozent. Zeitraum: 2005–2015. Frauen n = 821.047, Männer n = 553.600

sprechenden ICD-Kodierungen vergleichsweise seltener vorkommen. In der Routineversorgung sind Hausärzte in Deutschland also fast nie mit der Versorgung von Karies befasst, sodass Vergleichszahlen aus dem hausärztlichen Bereich nicht herangezogen werden können.

Der vergleichsweise große Anteil von Befunden aus dem Kapitel R00–R99 in der Bremer Datenquelle wird von der Autorin des Bremer Gesundheitsberichts so eingeordnet, dass es sich hier zum einen um unspezifische Symptome und Befunde handelt, die zum Teil weiterer Abklärung bedürfen; zum anderen ein Teil dieser Befunde aber auch im Kontext der Lebenssituation der Flücht-

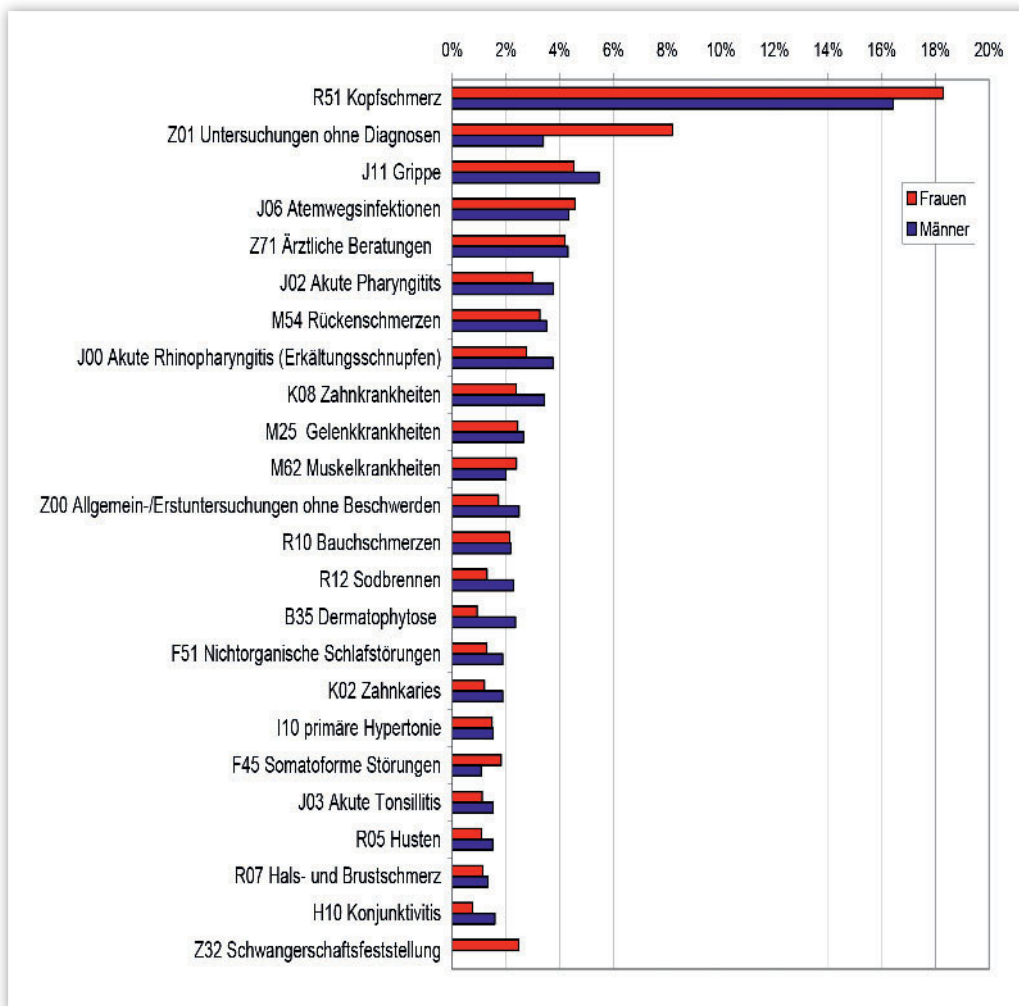
linge als körperlicher Ausdruck eines seelischen Schmerzes gewertet werden kann, der anders keine Artikulation findet [9]

Bei Konsultationen im hausärztlichen Bereich gelingt es möglicherweise besser, unspezifische Symptome entweder klar dem psychischen Formenkreis (F00–F99) zuzuordnen, oder das unspezifische Symptom aufgrund der Kenntnis der Krankengeschichte des Patienten in eine andere ICD-Gruppe einzuordnen. Hausärztinnen und Hausärzte kennen über 77 % Ihrer Patientin länger als fünf Jahre [12]. Bei vielen Erkrankungen wird mit dem zeitlichen Verlauf auch die damit verbundene diagnostische Unsicherheit geringer, weil sich

entweder red flags demaskieren oder sich die Beschwerden durch abwarten des Offenhalten auflösen oder zugeordnet werden können [13, 14].

Zudem berücksichtigt die spezifische Arbeitsweise der Allgemeinmedizin somatische, psychosoziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte (Fachdefinition DEGAM). Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis) [15].

Das in hoher Häufigkeit kodierte Symptom Kopfschmerz wird auch in einer Osnabrücker Studie zur gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden

**Abbildung 4**

Die häufigsten Einzelbefunde der Bremer Datenquelle, Zeitraum: 2001–2008 in Prozent.

Alle Befunde
n = 20.752;
Frauen n = 8.763,
Männer n = 11.989

sehr häufig genannt. Hier berichten fast alle Befragten von Kopfschmerzen [16: 3]. Möglicherweise ist Kopfschmerz als besonders häufig somatisiertes Symptom auf die belastenden derzeitigen Lebensumstände zu beziehen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Osnabrücker Studie darauf hinweist, dass das Symptom meist erst nach der Ankunft in Deutschland aufgetreten ist. Collatz postuliert in einer älteren Studie, dass bei Migranten die gegenüber der deutschen Bevölkerung wesentlich höheren sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen in stärkerem Ausmaß zu Somatisierungen psychischer Befindlichkeitsstörungen führen [3].

Überraschend war daher, dass die F-Diagnosen im Vergleich zu den Routinedaten der CONTENT-Quelle seltener waren. Hier weist die Autorin des Bremer Gesundheitsprogramms allerdings darauf hin, dass die Aufgabe des Bremer Gesundheitsprogramms in der medizinischen Erst- und Basisversorgung mit dem Schwerpunkt der Behandlung kör-

perlicher Symptome bestand und Ärzte psychische Erkrankungen eher zurückhaltend und nur bei eindeutig erkennbaren Symptomen dokumentierten. Es ist daher von einer gewissen Untererfassung auszugehen. Möglicherweise erschweren auch Verständigungsprobleme die Erfassung psychischer Erkrankungen zusätzlich [9], auch eine gewisse Zurückhaltung der Asylsuchenden gegenüber unbekanntem, offiziellen Stellen und Untersuchern ist denkbar.

Autoren anderer Studien nennen weitaus höhere Zahlen für psychische Erkrankungen bei Asylbewerbern. Beispielsweise fanden Sieberer et al. in einer hochselektierten Stichprobe von Asylbewerbern, die im Rahmen des Asylverfahrens psychiatrisch begutachtet wurden, bei 74 % der untersuchten Probanden eine posttraumatische Störung [17]. Allgemein fallen die Angaben zur Häufigkeit psychischer Störungen bei Migranten äußerst heterogen aus [18]. Die in der Literatur mitgeteilten Prävalenzen liegen beispielsweise für Depressivi-

tät zwischen 3 % und 81 %, für Angststörungen zwischen 5 % und 90 % und für posttraumatische Belastungsstörungen zwischen 4 % und 86 % [19]. So konnten beispielsweise Hallas et al. zeigen, dass die Dauer des Aufenthaltes in Aufnahmeeinrichtungen mit einem Anstieg von körperlichen Beschwerden und psychischen Störungen korreliert [20]. Eine andere Studie kam zu dem Ergebnis, dass insbesondere die Migration aus Ländern mit niedriger Einkommensstruktur in Länder mit hoher Einkommensstruktur ein signifikanter Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen ist, wobei Frauen mit Flüchtlingsstatus ein deutlich höheres Risiko haben als Männer, die etwa im Rahmen einer Arbeitsmigration ihr Herkunftsland verlassen [21].

Wir gehen davon aus, dass insgesamt also ein erhöhter Behandlungsbedarf im Bereich psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten vermutet werden darf, ohne dies im gegebenen Kontext anhand des vor-

Dr. med. Nicola Buhlinger-Göpparth ...

... Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Promotion 1994, Fachärztin für Allgemeinmedizin, verheiratet, 3 Kinder; seit 2011 Lehrbeauftragte der Universität Heidelberg Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung.

genommenen Vergleichs explizit nachweisen zu können.

Zusammenfassend ermutigen die hier vorgestellten Ergebnisse in Bezug auf den Versorgungsbedarf von Flüchtlingen, Studien anzustoßen, die eine angemessene Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen ermöglichen.

Limitationen

Es war aufgrund der aktuellen Datenlage nicht möglich, vergleichbare Kohorten zu bilden, da über Gruppen mit einer Zusammensetzung, wie sie uns die Flüchtlingswelle gebracht hat, bisher

keine Routinedaten aus hausärztlicher Versorgung vorliegen.

Die Kollektive (Asylsuchende vs. Patienten aus CONTENT-Register) sind ohne Adjustierung für zugrunde liegende soziodemografische Merkmale nur eingeschränkt vergleichbar.

Beim Bremer Gesundheitsprogramm handelt es sich um ein Projekt der medizinischen Erst- und Basisversorgung mit dem Schwerpunkt der Behandlung körperlicher Symptome. Es konnte daher dort nur eine sehr begrenzte Versorgung und Diagnosestellung erfolgen.

Die Zusammensetzung der in diesem Projekt untersuchten und behandelten Asylsuchenden in Bezug auf die Herkunftsländer unterscheidet sich von

der Zusammensetzung, wie wir sie bei Asylsuchenden derzeit haben und zukünftig erwarten. Der Anteil der Syrer beträgt hier nur ca. 6 %, mehrheitlich stammten die Asylsuchenden vom Balkan bzw. aus Afrika. Unterschiede finden sich auch im Vergleich der Altersstruktur. Der Altersmedian in den CONTENT-Daten betrug 43,5 Jahre, in der Bremer Datenquelle lag er mit 24,2 Jahren deutlich darunter.

Insgesamt erscheint der durchgeführte Vergleich limitiert, da man für wesentliche Unterschiede in den Populationen nicht adjustieren konnte.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Nicola Buhlinger-Göpparth
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg
Nicola.Buhlinger-Goepfarth@
med.uni-heidelberg.de

Literatur

- Migrationsbericht der Bundesregierung. www.bamf.de/DE/DasBAMF/Forschung/Ergebnisse/Migrationsberichte/migrationsberichte-node.html (letzter Zugriff am 09.09.2016)
- Razum O, Bunte A, Gilsdorf A, Ziese T, Bozorgmehr K. Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. *Dtsch Arztebl* 2016; 113: A-130/B-111/C-111
- Collatz J. Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: Matthias D, Borde T, Kentenich H (Hrsg.). *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, 1998: 33–58
- Ravenstein EG. *The laws of migration*. New York: Arno Press, 1976 [reprinted; originally published 1885]
- Razum O. Migration, Mortalität und der Healthy-Migrant-Effekt. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag, 2006: 255–270
- Thielscher C. (Hrsg.). *Medizinökonomie 1. Das System der medizinischen Versorgung, 2. Aufl.* Wiesbaden: Springer Gabler, 2015
- Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April/Mai 2013. FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH. www.kbv.de/media/sp/KBV_2013_Berichtband.pdf (letzter Zugriff am 19.10.2016)
- Laux G, Koerner T, Rosemann T, Beyer M, Gilbert K, Szecsenyi J. The CONTENT project: a problem-oriented, episode-based electronic patient record in primary care. *Inform Prim Care* 2005; 13: 249–255
- Gesundheitsamt Bremen. *Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender*, August 2011. www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen125.c.3093.de (Stichwort „Migration“; letzter Zugriff am 19.10.2016)
- Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). *DMS IV – Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie im Auftrag der Bundeszahnärztekammer*. www.dgzmk.de/uploads/media/DMS_IV_Zusammenfassung_201002.pdf (letzter Zugriff am 19.10.2016)
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). Häufig gestellte Fragen zum Themenkomplex Migration und Gesundheit. www.euro.who.int/de/about-us/regional-director/speeches-and-presentations-by-year/2015/statement-population-movement-is-a-challenge-for-refugees-and-migrants-as-well-as-for-the-receiving-population/frequently-asked-questions-on-migration-and-health (letzter Zugriff am 07.09.2016)
- Almond SC, Summerton N. *Diagnosis in general practice. Test of time*. *BMJ* 2009; 338: b1878
- Glasziou P, Rose P, Heneghan C, Balla J. *Diagnosis using “test of treatment”*. *BMJ* 2009; 338: b1312
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). *Fachdefinition*. www.degam.de/fachdefinition.html (letzter Zugriff am 07.09.2016)
- Behrens B, Groß V. *Auf dem Weg in ein „normales Leben“? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück. Forschungsergebnisse des Teilprojekts „Regionalanalyse“ im Rahmen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft, Universität Osnabrück 2004.* lagerhese

pe.blogspot.eu/files/2004/06/SPuK
Regionalanalyse-GesundheitlicheSi-
tuationVonAsylsuchenden.pdf (letzter
Zugriff am 20.10.2016)

17. Sieberer M, Ziegenbein M, Eckhardt G, Wielant M, Calliess IT. Psychiatrische Begutachtung im Asylverfahren. *Psychiat Prax* 2011; 38: 38–44
18. Bozorgmehr K, Mohsenpour M, Saure D, et al. Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsbl* 2016; 59: 599
19. Lindert J, Brähler E, Wittig U et al. Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. Systematische Übersichtsarbeit zu Originalstudien. *Psychother Psych Med* 2008; 58: 109–122
20. Hallas P, Hansen AR, Staehr MA, et al. Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. *BMC Public Health* 2007; 7: 288
21. Hollander A, Bruce D, Burström B, et al. Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants – a cross-sectional register-based study. *BMC Public Health* 2011; 11: 180

DANKSAGUNG / ACKNOWLEDGEMENT

Danksagung an die Gutachter/innen der ZFA

Die kompetente und zeitaufwendige Arbeit von Gutachterinnen und Gutachtern ist für die wissenschaftliche Qualität und Weiterentwicklung der ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin von unschätzbarem Wert. Die Herausgeber (die selbst nicht gutachten dürfen) möchten sich daher bei den nachfolgend genannten Kolleg/innen für ihr unermüdliches Engagement und ihre ehrenamtliche Unterstützung im Jahr 2016 herzlich bedanken:

Heinz-Harald Abholz
Herbert Bachler
Erika Baum
Annette Becker
Antje Bergmann
Martin Beyer
Stefan Bilger
Eva Blozik
Klaus Böhme
Dieter Borgers
Stefan Bösner
Silke Brockmann

Jean-François Chenot
Günther Egidi
Antje Erler
Michael H. Freitag
Jochen Gensichen
Peter Godt
Markus Gulich
Jörg Haasenritter
Christoph Heintze
Bert Huenges
Eva Hummers-Pradier
Ralf Jendyk
Stefanie Joos
Ilja Karl
David Klemperer
Thomas Kühlein
Uwe Kurzke
Thomas Ledig
Klaus Linde
Heidrun Lingner
Stefan Lodders
Manfred Lohnstein
Christian Lüdicke
Peter Maisel
Andy Maun

Christiane Muth
Johannes Pantel
Josef Pömsl
Uwe Popert
Horst Prautzsch
Anja Rogausch
Marco Roos
Gernot Rüter
Jörg Schelling
Martin Scherer
Norbert Schmacke
Katharina Schmalstieg
Guido Schmiemann
Antonius Schneider
Nils Schneider
Joachim Seffrin
Andrea Siebenhofer-Kroitzsch
Anne Simmenroth
Jost Steinhäuser
Martin Träder
Karen Voigt
Hans-Otto Wagner
Uta-Maria Waldmann