

Aus dem Institut / der Klinik für Gynäkologie mit Brustzentrum  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Geflüchtete Frauen und Gesundheitsprävention:  
Epidemiologie von gynäkologischen Erkrankungen  
und Bedürfnissen bei geflüchteten Frauen

Female Refugees and preventive health care:  
An epidemiological study of gynecological diseases  
and needs among female refugees

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Sabrin Tamim (geb. Jammoul)

aus Berlin

Datum der Promotion: 23. März 2024

## Inhaltsverzeichnis

### Inhaltsverzeichnis

<b><i>Inhaltsverzeichnis</i></b>	<b>2</b>
<b><i>Abkürzungsverzeichnis</i></b>	<b>8</b>
<b><i>Abbildungsverzeichnis</i></b>	<b>10</b>
<b><i>Tabellenverzeichnis</i></b>	<b>11</b>
<b><i>Abstract (Deutsch)</i></b>	<b>13</b>
<b><i>Abstract (English)</i></b>	<b>14</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>15</b>
<b>1.1. Definition: Migrierende, Asylsuchende, Geflüchtete</b>	<b>15</b>
<b>1.2. Medizinische Flüchtlingssituation in Deutschland</b>	<b>15</b>
1.2.1. Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit	15
1.2.2. Geflüchtete Frauen: eine besonders vulnerable Gruppe in Bezug auf die gesundheitliche Situation	17
1.2.3. Gesundheitsstatus der Geflüchteten; eine Wissenslücke im aktuellen Forschungsstand	18
<b>1.3. Zugangsbarrieren in der Gesundheitsversorgung für Geflüchtete und Lücken in der Gesundheitsversorgung</b>	<b>19</b>
1.3.1. Sprachliche und kulturelle Barriere (Kommunikationsprobleme)	19
1.3.2. Bürokratische und organisatorische Barriere	20
1.3.3. Medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	20
1.3.3.1. Allgemeiner Leistungsumfang	20
1.3.3.2. Impfschutz	22
1.3.3.3. Psychotherapie	23
1.3.3.4. Geburtshilfe	23
1.3.3.5. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen	23

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.4. Humane Papillomviren (HPV) und das Zervixkarzinom</b>	<b>24</b>
1.4.1. HPV und die Folgen einer Infektion	24
1.4.2. Die Entstehung des Zervixkarzinoms	25
1.4.3. Pathologie des Zervixkarzinoms	26
1.4.4. Das Zervixfrühkarzinom	26
1.4.4.1. Klassifikation der Präkanzerosen	26
1.4.4.2. Therapiemöglichkeiten und Erfolgschancen bei Frauen mit Kinderwunsch	27
<b>1.5. Das Mammakarzinom</b>	<b>28</b>
1.5.1. Die Wichtigkeit der Früherkennung des Mammakarzinoms	28
1.5.2. Inhalte der Sekundärprävention des Mammakarzinoms	28
<b>1.6. Inzidenzen des Zervix- und Mammakarzinoms: Deutschland und internationaler Vergleich</b>	<b>29</b>
1.6.1. Inzidenzen des Zervixkarzinoms	29
1.6.2. Inzidenzen des Mammakarzinoms	30
<b>1.7. Vorsorgemaßnahmen</b>	<b>31</b>
1.7.1. Sekundäre Präventionsmöglichkeiten	31
1.7.1.1. Die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung	31
1.7.1.2. HPV-Diagnostik	32
1.7.2. Primäre Präventionsmöglichkeiten: HPV-Impfung	32
<b>1.8. Der Verein Gyninitiative e.V.</b>	<b>33</b>
<b>1.9. Zielsetzung, Fragestellungen und Hypothesen/Nullhypothesen</b>	<b>34</b>
1.9.1. Zielsetzung	34
1.9.2. Fragestellung und Hypothesen	35
<b>2. Material und Methoden</b>	<b>37</b>

## Inhaltsverzeichnis

<b>2.1. Patientenkollektiv</b>	<b>37</b>
2.1.1. Einschlusskriterien	37
2.1.2. Ausschlusskriterien	37
<b>2.2. Projektbeginn und -verlauf</b>	<b>37</b>
<b>2.3. Studienablauf</b>	<b>38</b>
2.3.1. Vorbereitung	38
2.3.2. Nachbehandlung	38
2.3.3. Finanzierung und Untersuchungsinstrumente	38
<b>2.4. Ablauf der Vorsorgeuntersuchung</b>	<b>39</b>
2.4.1. Fragebogen	39
2.4.2. Klinische Untersuchung	39
2.4.2.1. <i>Gynäkologische und zytologische Untersuchung</i>	39
2.4.2.2. HPV-Test	40
2.4.2.3. Brustuntersuchung	40
<b>2.5. Kommunikation und Dolmetscherinnen</b>	<b>40</b>
<b>2.6. Beteiligte Interviewerinnen und Untersucherinnen</b>	<b>41</b>
<b>2.7. Kontrollkollektiv</b>	<b>41</b>
<b>2.8. Statistisches Auswertungsverfahren</b>	<b>42</b>
<b>3. Ergebnisse</b>	<b>43</b>
<b>3.1. Demografische Werte</b>	<b>43</b>
<b>3.2. Geburtsmedizinischer und gynäkologischer Gesundheitszustand</b>	<b>44</b>
3.2.1. Geburtsmedizinische Anamnese	44
3.2.2. Gynäkologische Anamnese	45
3.2.2.1. Zyklusanamnese	45
3.2.2.2. Gynäkologische Beschwerden	46

## Inhaltsverzeichnis

3.2.2.3. Zusammenhang zwischen gynäkologischen Beschwerden und dem Zeitpunkt der letzten gynäkologischen Untersuchung _____	48
3.2.2.4. Brustprobleme _____	49
3.2.2.5. Gynäkologische Erkrankungen _____	50
3.2.2.6. Gynäkologische Operationen _____	51
3.2.2.7. Gynäkologische Familienanamnese _____	52
3.2.2.8. Sexualanamnese, Kinderwunsch und Verhütungsmethoden _____	53
3.2.2.9. Letzte gynäkologische Untersuchung und HPV-Impfung _____	55
<b>3.3. Psychischer Gesundheitszustand _____</b>	<b>58</b>
3.3.1. Zusammenhang psychischer und gynäkologischer Beschwerden _____	58
<b>3.4. Allgemeiner Gesundheitszustand _____</b>	<b>59</b>
3.4.1. Vegetativanamnese _____	59
3.4.1.1. Nikotin- und Alkoholkonsum _____	59
3.4.2. Vorerkrankungen _____	60
3.4.3. Voroperationen _____	63
3.4.4. Medikamenteneinnahme _____	65
<b>3.5. Soziale Situation _____</b>	<b>67</b>
3.5.1. Religiosität _____	67
3.5.2. Herkunftsland _____	68
3.5.3. Beziehungsstatus _____	68
3.5.4. Situation in Deutschland _____	69
<b>3.6. Gynäkologische Untersuchung _____</b>	<b>70</b>
3.6.1. HPV-Diagnostik _____	71
3.6.1.1. Zusammenhang zwischen HPV-Infektion und abgefragten Variablen	73
3.6.2. Pap-Test _____	75

## Inhaltsverzeichnis

3.6.3. Brustuntersuchung	76
<b>4. Diskussion</b>	<b>77</b>
<b>4.1. Reichweite und Limitationen der Studie</b>	<b>77</b>
4.1.1. Begrenzte statistische Analysemöglichkeiten durch geringe Fallzahl	77
4.1.1.1. Vom quantitativen zum qualitativen Forschungsansatz	78
4.1.1.2. Gründe für die Probleme bei der Rücklaufquote / Datenerhebung	78
4.1.2. Einteilung des Vergleichskollektivs	79
4.1.3. Angaben zum Herkunftsland der Flüchtlingsgruppe	80
4.1.4. Interviewstil und Sprachbarriere	80
4.1.5. Abfrage des psychischen Gesundheitszustands	81
<b>4.2. Zusammenfassung und Beurteilung der Ergebnisse</b>	<b>81</b>
4.2.1. HPV-Infektionen und pathologische Pap-Befunde	81
4.2.1.1. Datenlage zur Zervixkarzinomrate in Low Income Countries (LIC)	83
4.2.2. Gynäkologischer und geburtsmedizinischer Gesundheitsstatus	84
4.2.2.1. Geburtsmedizinischer Gesundheitsstatus	85
4.2.2.2. Gynäkologischer Gesundheitsstatus	88
4.2.3. Allgemeiner Gesundheitszustand	90
4.2.3.1. BMI	90
4.2.3.2. Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustands: Vorerkrankungen, Voroperationen, Medikamenteneinnahme	91
4.2.3.3. Nikotin- und Alkoholkonsum	92
4.2.4. Psychischer Gesundheitszustand	92
<b>4.3. Migration, Kultur und Gesundheit</b>	<b>94</b>
4.3.1. Unterschiede im Krankheitsverständnis und Nutzungsverhalten	94
4.3.2. Spezifische Gesundheitsrisiken bei Migrierenden	96

## Inhaltsverzeichnis

4.3.2.1. Sexuelle Missbrauchserfahrungen bei geflüchteten Frauen	97
4.3.3. Healthy-Migrant-Effekt	98
4.3.4. „Doctorhopping“ und „Mittelmeer-Syndrom“	98
<b>4.4. Ausblick/Zusammenfassung</b>	<b>99</b>
4.4.1. Aussagekraft und Ziel dieser Pilotstudie	99
4.4.2. Mögliches Studiendesign einer zukünftigen Untersuchung	100
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>103</b>
<b>Eidesstattliche Versicherung</b>	<b>116</b>
<b>Lebenslauf</b>	<b>118</b>
<b>Danksagung</b>	<b>119</b>
<b>Bescheinigung Statistik</b>	<b>120</b>

## Abkürzungsverzeichnis

### **Abkürzungsverzeichnis**

ASR	age-standardised rate
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CIN	Cervical Intraepithelial Neoplasia
CIS	Carcinoma in situ
DMP	Disease-Management-Programm
EA 50	Eosin-Azur
FG	Flüchtlingsgruppe
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GV	Geschlechtsverkehr
HIC	High Income Countries
HPV	Humane Papillomviren
HR-HPV	High-Risk-HPV
KG	Kontrollgruppe
KK	Kontrollkollektiv
LEEP	Loop Electrosurgical Excision Procedure
LIC	Low Income Countries

## Abkürzungsverzeichnis

LR-HPV	Low-Risk-HPV
MIC	Middle Income Countries
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
OG 6	Orange G
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
Pap-Abstrich	Papanicolaou-Abstrich-Test
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch-Institut
RVT	radikale vaginale Trachelektomie
SES	sozioökonomischer Status
STD	sexuell übertragbare Erkrankungen
STIKO	Ständige Impfkommission
UNO	Vereinte Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## Abbildungsverzeichnis

### **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Gynäkologische Beschwerden.....	47
Abbildung 2: Brustprobleme.....	49
Abbildung 3: Gynäkologische Vorerkrankungen.....	50
Abbildung 4: Gynäkologische Operationen.....	51
Abbildung 5: Verhütungsmethoden aller sexuell aktiven Frauen in beiden Gruppen ....	54
Abbildung 6: Verhütungsmethoden sexuell aktiver Frauen ohne Kinderwunsch, die noch nicht in der Postmenopause sind in beiden Gruppen .....	55
Abbildung 7: Nikotinkonsum .....	59
Abbildung 8: Alkoholkonsum.....	60
Abbildung 9: Vorerkrankungen .....	61
Abbildung 10: Voroperationen .....	64
Abbildung 11: Regelmäßige Medikamenteneinnahme .....	65
Abbildung 12: Zugehörigkeit zu einer Kirche oder Religionsgemeinschaft.....	68

## Tabellenverzeichnis

### **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Gruppiertes Alter und BMI in Abhängigkeit vom Alter .....	43
Tabelle 2: Geburtsmedizinischer Gesundheitszustand .....	44
Tabelle 3: Entbindungsmodus .....	45
Tabelle 4: Zyklusunregelmäßigkeiten .....	46
Tabelle 5: Zyklusanamnese .....	46
Tabelle 6: Symptome der Frauen mit gynäkologischen Beschwerden .....	48
Tabelle 7: Zusammenhang zwischen gynäkologischen Beschwerden und Zeitpunkt der letzten gynäkologischen Untersuchung .....	49
Tabelle 8: Brustprobleme .....	50
Tabelle 9: Gynäkologische Vorerkrankungen .....	51
Tabelle 10: Gynäkologische Operationen .....	52
Tabelle 11: Gynäkologische Familienanamnese .....	53
Tabelle 12: Letzte gynäkologische Untersuchung .....	56
Tabelle 13: Letzte gynäkologische Untersuchung gruppiert .....	57
Tabelle 14: HPV-Impfung aller Frauen .....	57
Tabelle 15: Psychischer Gesundheitszustand .....	58
Tabelle 16: Zusammenhang zwischen psychischen und gynäkologischen Beschwerden .....	59
Tabelle 17: Nikotinkonsum .....	60
Tabelle 18: Alkoholkonsum .....	60
Tabelle 19: Anzahl der Frauen mit Vorerkrankungen und Art der Vorerkrankungen .....	62
Tabelle 20: Anzahl an genannten Vorerkrankungen insgesamt .....	63
Tabelle 21: Anzahl der Frauen mit Voroperationen und Art der Voroperationen .....	64
Tabelle 22: Anzahl der genannten Voroperationen insgesamt .....	65

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 23: Anzahl der Frauen mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme und Art der Medikamente .....	66
Tabelle 24: Anzahl der genannten Medikamente insgesamt .....	67
Tabelle 25: Beziehungsstatus .....	69
Tabelle 26: Situation in Deutschland bei der FG .....	70
Tabelle 27: HPV-Raten in der FG .....	71
Tabelle 28: HPV-Raten in der FG: dichotome Tabelle.....	72
Tabelle 29: Vergleich der HPV-Raten zwischen FG und deutschen WHO-Daten (Fact Sheet 2017) .....	73
Tabelle 30: Zusammenhang zwischen HPV-Infektion und ihren Risikofaktoren .....	74
Tabelle 31: Zusammenhang zwischen HPV-Infektion und verschiedenen Variablen....	75

## **Abstract (Deutsch)**

**Hintergrund** Das derzeitige Wissen über den Zusammenhang von Migration und Gesundheitszustand sowie die gynäkologische Gesundheitsversorgung von Geflüchteten ist unzureichend. Aufgrund dessen war das Ziel der Studie, zu evaluieren, inwiefern verschiedene Faktoren (SES, Gesundheitsverhalten, Zugang zur Gesundheitsversorgung, Herkunftsland) einen Einfluss auf die (gynäkologische) Gesundheitssituation von geflüchteten Frauen haben. Geflüchtete Frauen und deutsche Frauen wurden hinsichtlich folgender Faktoren verglichen: HPV-Typen und HPV-Raten, Befunde der Pap-Abstriche, gynäkologischer und geburtsmedizinischer Gesundheitszustand, allgemeiner und psychosozialer Gesundheitszustand.

**Methoden** In der Studie wurden 39 geflüchtete Frauen mit 39 nichtgeflüchteten Frauen (deutsches Kontrollkollektiv) im Alter von 12 bis 80 Jahren mit oder ohne gynäkologische Beschwerden verglichen. Die Diagnostik beinhaltete eine gynäkologische Untersuchung, eine zytologische Untersuchung (Pap-Abstrich), eine HPV-Testung, eine Brustuntersuchung sowie die Erhebung eines standardisierten Fragebogens bezüglich der aktuellen Gesundheitssituation.

**Ergebnisse** Die gynäkologische, allgemeine und psychosoziale Gesundheitssituation fiel bei den geflüchteten Frauen schlechter aus als beim deutschen Kontrollkollektiv. Die Untersuchungen ergaben eine höhere Anzahl an positiven HPV-Tests und ein anderes Spektrum an HPV-Typen. Die Anzahl pathologischer Pap-Abstriche und Brustuntersuchungen unterschied sich in beiden Gruppen jedoch nicht.

**Diskussion** Obwohl geflüchtete Frauen einem hohen Risiko für gynäkologische Beschwerden und Erkrankungen ausgesetzt sind, leiden sie unter einem limitierten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Frauenspezifische Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen werden nur mangelhaft in Anspruch genommen. Effizientere Aufklärungs- und Präventionsarbeit sowie der Abbau verschiedenster Barrieren würden die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erhöhen.

## **Abstract (English)**

**Background** At the moment, the data availability concerning migration and health situation as well as refugee health care is insufficient. Considering that, the aim of the study was to investigate, whether different factors (SES, health care and its accessibility, country of origin) have an impact on women's (gynecological) health situation. Therefore, we compared female refugees to female Germans concerning HPV types and rates, PAP smears, gynecological and prenatal health situation as well as general and psychosocial health situation.

**Methods** The study compared 39 female refugees to 39 non-refugees from 12 to 80 years with and without gynecological health issues. It included a gynecological examination, a PAP-Test, an HPV-Test, breast examination and a standardized survey concerning their health situation.

**Results** Female Refugees had a lower outcome concerning their gynecological, general and psychosocial health situation in comparison to the German control group. They also had more positive HPV tests and a different spectrum of HPV types. However, the number of pathological PAP smears and pathological breast examinations didn't differ in both groups.

**Discussion** Although female refugees are at high risk for gynecological symptoms and diseases, they suffer from inadequate health care access. Participation in preventive health check-ups among female refugees is insufficient. Increased and improved information and prevention work as well as the removal of various barriers would increase the use of health services.

### 1. Einleitung

#### 1.1. Definition: Migrierende, Asylsuchende, Geflüchtete

Menschen, die aus eigener Motivation ihr Land verlassen, sind Migrierende. Menschen, die gezwungen sind, aus ihrem Heimatland zu fliehen, werden Geflüchtete genannt.

Laut Artikel 16a des Grundgesetzes haben politisch Verfolgte Recht auf Asyl. Jemand, der Asyl beantragt, ist eine Asylbewerberin oder ein Asylbewerber. Kann nachgewiesen werden, dass aus politischen Gründen in der Heimat eine Verfolgung durch den Staat existiert, besteht eine Asylberechtigung (1).

Personen, die eine begründete Furcht vor Verfolgung haben und nach einem erfolgreichen Asylverfahren Schutz nach der Genfer Flüchtlingskonvention erhalten, sind Geflüchtete.

Vor allem kriegsbedingt kam es in den letzten Jahren zu einem kontinuierlichen Wachstum der Flüchtlingszahlen weltweit. Laut den Vereinten Nationen (UNO) waren im Jahr 2013 etwa 51,2 Millionen Menschen auf der Flucht und 2015 über 60 Millionen.

#### 1.2. Medizinische Flüchtlingssituation in Deutschland

In Deutschland ist der rasante Anstieg der Flüchtlingszahlen größtenteils auf den im Jahr 2011 ausgebrochenen Krieg in Syrien und auf Konflikte in anderen Regionen Asiens, Osteuropas und Afrikas zurückzuführen. Die drei Hauptherkunftsländer von Asylsuchenden waren 2017 Syrien, Irak und Afghanistan (2). Zwischen 1953 und 2016 belief sich die Gesamtzahl der Asylanträge in Deutschland auf 5,3 Millionen, davon wurden 82 % zwischen 1990 und 2016 gestellt (3). 2012 waren knapp 590.000 Menschen Geflüchtete in Deutschland, also 18.000 mehr als 2011 (4). Deshalb ist in Deutschland die Versorgung der geflüchteten Menschen ein aktuelles Thema, welches eine Herausforderung darstellt. Vor allem ihre gesundheitliche Situation ist durch die extremen Belastungen der Fluchtursachen und Fluchtumstände beeinträchtigt.

##### 1.2.1. Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit

Geflüchtete sind vor, während und nach der Flucht gesundheitlich beeinträchtigt. Die Migration selbst ist per se kein Risikofaktor für Gesundheit, sie wird jedoch einer durch die

## Einleitung

psychosozialen Belastungsfaktoren der Migrationsumstände. Denn Geflüchtete haben besondere Lebensumstände, da sie psychisch und physisch traumatische Flucht- und Kriegsverletzungen aufweisen.

Daten der WHO (Weltgesundheitsorganisation) aus dem Jahre 2015 zufolge sind die häufigsten Probleme in der Flüchtlingsgesundheit in Europa psychischer und geburtsmedizinischer Natur (5). Geburtsmedizinische Probleme sind unter anderem ein niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit, perinatale Mortalität und kongenitale Malformationen. Geflüchtete Frauen haben bezogen auf die genannten Variablen ein schlechteres Outcome als die restliche Bevölkerung (5-8). Gerade die psychisch und physisch traumatischen Erlebnisse wie Flucht- und Kriegsverletzungen, Familientrennungen, Folter oder Verfolgung und die unklare rechtliche Situation führen zu einer erhöhten Prävalenz von psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Unspezifische somatische Symptome sowie Gewalterfahrungen auf dem Fluchtweg stellen ein zusätzliches Problem dar.

Gründe für die Vorstellung in der Rettungsstelle sind meistens chirurgischer, internistischer oder psychiatrischer Natur. Die chirurgischen Patientinnen und Patienten leiden größtenteils an Traumata, meist bedingt durch Gewalteinwirkung. Internistische Vorstellungen sind überwiegend infektiös bedingt, aber auch gastrointestinal oder neurologisch (10, 11).

Andere häufige Probleme sind laut WHO Verletzungen durch Unfälle, Unterkühlung, Verbrennungen, Magen-Darm-Erkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus und Bluthochdruck sowie (sexuelle) Gewalterfahrungen (5).

Jedoch ist die Gesundheitssituation der Geflüchteten nicht nur durch die Migrationsumstände schlechter als die der europäischen Bevölkerung. Oft liegt vor der Flucht eine nur unzureichende Gesundheitsversorgung in den Herkunftsländern vor, die den Gesundheitsstatus massiv beeinflusst. Ebenso beeinflusst die Umgebung, in der die Geflüchteten vor der Flucht gelebt haben, die Gesundheit und so weisen die Geflüchteten ein anderes Krankheitsprofil auf, beispielsweise bezogen auf Infektionserkrankungen oder genetische Erkrankungen (12). Bestimmte genetische Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen wie die Sichelzellanämie, die Thalassämie, das familiäre Mittelmeerfieber oder der Morbus Gaucher treten mit regionaler Häufigkeit auf (13).

## Einleitung

Hinzu kommt, dass nach der Flucht zumeist eine nicht ideale Unterbringungssituation vorliegt, die die Gesundheit ebenso negativ beeinflussen kann. Studien haben bereits einen Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitsstatus bewiesen (14).

### 1.2.2. Geflüchtete Frauen: eine besonders vulnerable Gruppe in Bezug auf die gesundheitliche Situation

Geflüchtete Frauen sind eine besondere Untergruppe, der Beachtung geschenkt werden muss, obwohl oder gerade weil sie nur den kleineren Teil der Flüchtlingswelle in Deutschland ausmacht (15). Denn vor allem diese Gruppe leidet unter den Erlebnissen des Fluchtwegs und unter der Unterbringungssituation in Deutschland. Geflüchtete Frauen werden auch in den Notunterkünften in Deutschland weiter von Gewalt verfolgt, da diese diesbezüglich nicht sicher genug sind und es nicht ausreichend Rückzugsmöglichkeiten gibt. Täterinnen und Täter können geflüchtete Personen oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Notunterkünfte sein (16, 17). Die Frauen haben nur eingeschränkte Möglichkeiten, sich jemandem anzuvertrauen (18, 19).

Außerdem kommen bei geflüchteten Frauen andere Fluchtursachen dazu. Sexuelle Gewalt erleben sie nicht nur in den Notunterkünften, sondern auch im Heimatland oder auf dem Fluchtweg. Andere Fluchtursachen sind beispielsweise Zwangsheirat, Genitalverstümmelung, Zwangsprostitution und Vergewaltigung. Während der Flucht sind Frauen, die alleine reisen, besonderen Gefahren ausgesetzt. Aber nicht nur sexuelle Gewalt, sondern auch Verstöße gegen frauenspezifische Normen und Rechte sind Fluchtursachen (15).

Zudem haben geflüchtete Frauen aus diesen besonderen Herkunftsgebieten eine spezielle Verantwortung gegenüber ihren Kindern, die sie betreuen (müssen). Sie werden während der Flucht oft von den Männern getrennt oder versuchen mit ihren Kindern diesen hinterherzureisen (20). So können sie nicht nur schwer an Deutschkursen und anderen Integrationskursen teilnehmen, sondern genauso schwer medizinische Versorgungsangebote wahrnehmen.

Letztendlich ist nicht außer Acht zu lassen, dass bei geflüchteten Frauen eine besondere Lebenssituation besteht, die dazu führt, dass ihre Priorität in der Akutsituation nicht in der

## Einleitung

Gesundheitsvorsorge liegt. In ständiger Angst lebend und traumatisiert von den Fluchtumständen haben sie mit anderen, greifbareren Sorgen zu kämpfen (21).

Der Besuch einer Frauenarztpraxis ist in der Regel bei diesen Frauen, die einen anderen kulturellen und religiösen Hintergrund haben, schambehaftet und steht nicht im Vordergrund. Hinzu kommt, dass vielen Frauen die Untersuchungen aus dem Heimatland nicht vertraut sind, was die Schamgrenze weiter erhöht. Dies führt dazu, dass sie erst dann eine Praxis aufsuchen, wenn sie starke Schmerzen haben; zu diesem Zeitpunkt kann ein Krankheitsverlauf schon stark fortgeschritten sein (21).

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass die geflüchteten Frauen je nach kulturellem Hintergrund verschiedene Auffassungen von Gesundheit und Vorsorge haben, und so ist die Inanspruchnahme der möglichen Untersuchungen von der Zuwanderungsgeschichte und der persönlichen Einstellung sowie der interkulturellen Kompetenz abhängig (16, 22).

Daher muss bei dieser Untergruppe der Aufklärung eine besondere Rolle zugeschrieben werden.

### 1.2.3. Gesundheitsstatus der Geflüchteten; eine Wissenslücke im aktuellen Forschungsstand

Der Gesundheitsstatus der Geflüchteten und deren bevölkerungsmedizinische Versorgung sind bislang nicht ausreichend analysiert worden und so ist die Studienlage noch unklar (23). Gerade infektiöse und chronische Erkrankungen sind bisher kaum dargestellt worden.

Auch muss bedacht werden, dass Geflüchtete eine sehr heterogene Gruppe darstellen, die aus vielen verschiedenen Ländern und Kulturen stammt und deswegen in ihrer Diversität analysiert werden sollte.

Ebenso divers ist leider momentan der Zugang zu Gesundheitsleistungen trotz des Bundesgesetzes innerhalb Europas und variiert in Deutschland selbst von Bundesland zu Bundesland und innerhalb der Kommunen, sodass es keine bundesweit einheitlichen Daten gibt (24).

## Einleitung

Aufgrund der starken Flüchtlingswelle in den letzten Jahren ist der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) aber momentan gezwungen, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen und zu handeln (25). Im Weiteren soll erläutert werden, dass nicht nur der Gesundheitsstatus von Geflüchteten schlechter ist, sondern ebenso der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland.

### 1.3. Zugangsbarrieren in der Gesundheitsversorgung für Geflüchtete und Lücken in der Gesundheitsversorgung

#### 1.3.1. Sprachliche und kulturelle Barriere (Kommunikationsprobleme)

Die Überwindung der Sprachbarrieren im Gesundheitssystem ist noch nicht gelungen. Solange Verständnisprobleme die Kommunikation erschweren, kann weder eine Diagnose noch eine Behandlung zielführend ermittelt und umgesetzt werden. Muttersprachliches Personal, das als Dolmetscherin und Dolmetscher fungieren kann, ist in den Krankenhäusern und Arztpraxen noch rar. Daher sind eine Dokumentation der Sprachkenntnisse der Patientinnen und Patienten sowie eine gezielte Förderung von Dolmetschermöglichkeiten bei medizinischem Personal von erheblicher Bedeutung. Ein hilfreicherer ärztliches Vorgehen wäre aber auch schon, sich mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten zu nehmen, das Herkunftsland zu erfassen und die benutzte Sprache und die Wortwahl anzupassen und beispielsweise keine Fachwörter zu benutzen. Auch würde es schon reichen, die Zeit mit jedem Geflüchteten etwas zu verlängern und eine einfachere Sprache in der Kommunikation zu gebrauchen, um die Sprachbarriere etwas zu beheben (5).

Außerdem können sich gerade muslimische Patientinnen in der Auswahl der freien Behandlungsmöglichkeiten eingeschränkt fühlen, wenn sie sich der Behandlung seitens eines Arztes an Stelle einer Ärztin unterziehen müssen.

Auf diese Besonderheiten sollte das Personal bezüglich der jeweiligen Zielgruppe geschult und vorbereitet werden. Denn Frauen sollten angepasst an ihren Wissens- und Bildungsstand, Alphabetisierungsgrad sowie an kulturspezifische Tabus Gesundheitsinformationen übermittelt bekommen.

## Einleitung

### 1.3.2. Bürokratische und organisatorische Barriere

In Deutschland ist der Zugang zum Gesundheitssystem für Geflüchtete außerdem erschwert, weil einheitliche Standards und geordnete Versorgungsstrukturen fehlen, die die langfristige Versorgung garantieren. Die Eingliederung in die Regelversorgung ist bis jetzt in den verschiedenen Bundesländern nicht einheitlich organisiert. Von Bundesland zu Bundesland variieren die Umsetzungen bezüglich Erstuntersuchungen, Dokumentation, Behandlungen und Therapieformen sowie Kommunikation.

Zudem haben nicht in jedem Bundesland alle Geflüchteten eine Gesundheitskarte, sondern lediglich Krankenscheine, was die bürokratische Hürde noch vergrößert. Seit dem 1. Januar 2016 haben Asylsuchende zwar auch bei einer Aufenthaltsdauer unter 15 Monaten ein Recht auf eine elektronische Gesundheitskarte, in der Praxis ist dies allerdings nicht gut umgesetzt und so haben die meisten weiterhin oft nur Krankenscheine. Lediglich Bremen und Hamburg haben mit dem „Bremer Modell“ die Gesundheitskarte schon regelhaft eingeführt, was effizienter und billiger ist (11).

Im Weiteren soll genauer darauf eingegangen werden, inwiefern die Aufnahme der Asylsuchenden in die gesetzliche Krankenkasse momentan noch eingeschränkt ist.

### 1.3.3. Medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

#### 1.3.3.1. Allgemeiner Leistungsumfang

Die medizinische Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern hängt an erster Stelle vom Aufenthaltsstatus und der Aufenthaltsdauer ab (12). Nach jeder Aufnahme eines Asylsuchenden erfolgt eine Erstuntersuchung. Danach sind Asylsuchende zwar in der gesetzlichen Krankenkasse versichert, profitieren jedoch die ersten 15 Monate beziehungsweise so lange, bis sie eine reguläre Aufenthaltsberechtigung haben, nur von einem Bruchteil der medizinischen Leistungen, welche in §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erläutert werden (26). Dieser ist weitaus beschränkter als die medizinische Versorgung, die die gesetzliche Krankenkasse leistet. Erst nach 15 Monaten können die Asylsuchenden eine Krankenversicherungskarte erhalten, mit der sie den gleichen Leistungsanspruch wie gesetzlich krankenversicherte Personen haben (27).

## Einleitung

Der Leistungskatalog nach AsylbLG beinhaltet nur die ärztliche Versorgung akuter oder akut behandlungsbedürftiger und lebensbedrohlicher Erkrankungen sowie akuter Schmerzzustände. Dazu zählen auch übertragbare Erkrankungen, der Impfschutz und die Schwangerschaft (28). Die Behandlung beinhaltet auch die Versorgung mit Arzneimitteln und Verbandsmaterial. Eine öffentliche Finanzierung besteht also momentan nur für „Notfälle“ und dringliche Untersuchungen/Eingriffe von Geflüchteten ab. Alle chronischen Erkrankungen, die ohne die adäquate medizinische Hilfe ebenfalls zu lebensbedrohlichen Zuständen führen können, dürfen nach AsylbLG versorgt werden, jedoch mit enormen Leistungseinschränkungen. Das bedeutet, dass beispielsweise die Behandlung von angeborenen Herzfehlern oder Fehlbildungen nur mit gewissen Grenzen ermöglicht wird, was ein enormes Problem darstellt (29). Die folgende Auflistung von Leistungen, die im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung bei Asylsuchenden nicht erbracht werden, ist eine direkte Übernahme aus S. 4 der „Interpretationshilfe nach AsylbLG“: „1. Vorsorgekuren 2. Rehabilitationsmaßnahmen 3. Leistungen zu psychologischen Langzeit-Therapien 4. Versorgung mit Zahnersatz inklusive Gewährleistung 5. Haushaltshilfe nach den Regelungen des SGB V 6. Künstliche Befruchtungen und Sterilisation 7. Strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137f SGB V 8. Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden 9. Leistungen im Ausland“ (30).

Das AsylbLG ist kritisch zu sehen, da die Folgen inhuman und diskriminierend sowie nicht mit dem Grundrecht auf Gewährung des menschenwürdigen Existenzminimums vereinbar sind (31, 32). Der Standard sollte die ausreichende medizinische Versorgung auf den Säulen des Grundgesetzes der Achtung der Menschenwürde sein (25). Laut dem Deutschen Ärztetag 2015 ist der grenzenlose Zugang zum Gesundheitssystem ein grundlegendes Menschenrecht (33). Die Bundesärztekammer sowie andere Organisationen bemängeln die begrenzte Versorgung. Dabei sollte es keine Unterschiede zwischen gesetzlich Krankenversicherten und AsylbLG-Berechtigten geben (34). Der aktuellen Studienlage zufolge berichten Asylsuchende jedoch von einem signifikant schlechteren Gesundheitsstatus als gesetzlich Krankenversicherte und daraus folgenden Beeinträchtigungen

## Einleitung

in Alltagsaktivitäten (35). Es sollten allgemein anerkannte bundesweite Standards etabliert werden, die vor allem auch längerfristige Perspektiven zeigen. Im besten Fall sollte es bald gar keine Hilfsorganisationen mehr geben, die im akuten Fall medizinisch versorgen, weil die Geflüchteten eine ausreichende Langzeitversorgung erhalten sollten.

Die Angst, dass dadurch die Migration noch weiter zunimmt und Kosten steigen, ist unbegründet, denn Kostenträger der Gesundheitsversorgung in Deutschland sind eher die multimorbiden Älteren. In der Tat sind Asylsuchende, die einen kompletten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, letzten Endes kostengünstiger als Asylsuchende mit eingeschränktem Zugang (36). Denn wenn sich durch Zugangsbarrieren Diagnostik und Therapie hinauszögern, entstehen letztendlich zusätzliche Kosten und Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten (37).

Europas minimale Gesundheitsversorgung der Geflüchteten orientiert sich somit größtenteils lediglich daran, die Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern und ist noch immer beeinflusst vom seuchenhygienischen Aspekt des 20. Jahrhunderts und der konservativen, längst überholten Angst, Migrierende könnten ein Gesundheitsrisiko für die europäische Bevölkerung darstellen (11, 38). Es erscheint im Gegenteil eher sinnhaft, dass Geflüchtete aufgrund der Fluchtumstände sowie ihres geschwächten Körpers und Immunsystems anfälliger für (Infektions-) Erkrankungen sind.

Im Folgenden wird ein Einblick in das AsylbLG bezüglich Impfschutz, Psychotherapie und Geburtsmedizin sowie Gynäkologie gegeben.

### 1.3.3.2. Impfschutz

Nach § 4 Abs. 3 AsylbLG können Impfungen bei Geflüchteten geschlossen werden, entweder in einer zentralen Notaufnahme oder in sozialmedizinischen dafür vorgesehen Einrichtungen (26). Das bezieht sich vor allem auf die Infektionskrankheiten Diphtherie und Tetanus sowie auf die Kinderkrankheiten Masern, Mumps und Röteln. Der Deutsche Ärztetag kritisierte 2015 aber, dass in der Realität die Durchführung dieser Impfungen eine Rarität sei, weswegen zusätzlich das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz verabschiedet wurde, das das AsylbLG ergänzt (33). Fast ausschließlich Kinder, die in eine deutsche Schule gehen, erhalten Impfungen, denn in Deutschland ist die Impfung Voraussetzung für den Schuleintritt.

## Einleitung

### 1.3.3.3. Psychotherapie

Für psychisch kranke und traumatisierte Geflüchtete muss eine Psychotherapie gesondert genehmigt werden, da sie nicht zu einer Akut- oder Schmerzbehandlung gehört. Obwohl gerade bei dieser Population eine besondere Notwendigkeit in Bezug auf PTBS und Depressionen herrscht, wird eine Ablehnung mit einer medikamentösen Therapieoption begründet (39).

### 1.3.3.4. Geburtshilfe

Im Bereich der Geburtshilfe erhalten alle Frauen bei Schwangerschaft und Geburt alle üblichen medizinischen Leistungen in der ambulanten Praxis und im Krankenhaus. Sämtliche Vorsorgeuntersuchungen für Mutter und Kind, Hebammenhilfe, Medikamente und Heilmittel werden übernommen (26).

### 1.3.3.5. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen

Es fehlt eine adäquate Versorgung der Patientinnen bei chronischen beziehungsweise nicht akuten Beschwerden. Alle gynäkologischen Erkrankungen, die mit einer deutlichen Abnahme der Lebensqualität einhergehen, nicht aber eine akute lebensbedrohliche Situation darstellen wie Endometriose, chronische Unterbauchschmerzen oder Uterus myomatosis fallen nicht in das zu versorgende Spektrum. Gynäkologische Erkrankungen sind in der überwiegenden Mehrheit der Fälle tatsächlich nicht lebensbedrohlich, aber mit einer Verminderung der Gesundheits- und Lebensqualität assoziiert.

Ebenso zählt die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung im Praxisalltag nicht zu den grundsätzlich übernommenen Leistungen für Geflüchtete. Somit ist auch die Diagnose von Präkanzerosen (Krebsvorstufen) im Bereich der Zervix nicht miteingeschlossen. Je nach Schweregrad der Präkanzerose ist eine zeitnahe Behandlung jedoch indiziert und stellt die fehlende Diagnose für die Frau mit Migrationshintergrund einen deutlichen Nachteil und eine langfristige Gefährdung der Gesundheit dar. Insbesondere benachteiligt sind die noch nicht registrierten Geflüchteten, die sich in einem ungeklärten Status bezüglich ihres Asylverfahrens befinden. Denn das Zervixkarzinom ist durch die in Deutschland fest integrierte Vorsorgeuntersuchung vermeidbar und bei früher Feststellung auch heilbar. Aus diesem Grund müssen die Versorgungsstrukturen für alle Frauen

so angepasst werden müssen, dass sichergestellt wird, dass jede Einzelne eine umfassende Krebsfrüherkennungsuntersuchung erhält (40).

### 1.4. Humane Papillomviren (HPV) und das Zervixkarzinom

#### 1.4.1. HPV und die Folgen einer Infektion

Die HPV-Infektion gehört zu den sexuell übertragbaren Erkrankungen und ist eine der häufigsten Infektionen des Reproduktionstrakts, die ihren Altersgipfel zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr hat (41). Es gibt mehr als 100 HPV-Typen, die die Haut oder die Schleimhäute befallen können und die je nach Malignitätspotenzial in zwei Typen aufgeteilt werden (42).

Die Low-Risk-HPV-Typen (LR-HPV) bergen ein geringes Risiko einer malignen Entartung und führen zu genitalen Warzen, den sogenannten papillomatösen Knötchen (42). Zu den LR-HPV-Typen zählen 6, 11, 34, 40, 42, 43, 44, 54, 55, 57, 61, 67, 70, 72, 81, 83, 84 und 90. Davon sind die HPV-Typen 6 und 11 zu 90 % für die papillomatösen Knötchen verantwortlich (43, 44).

Die High-Risk-HPV-Typen (HR-HPV) können eine maligne Entartung hervorrufen (45). Sie sind verantwortlich für die Entstehung von Plattenepithelkarzinomen der Zervix, der Vagina, des Penis, der Analregion sowie der Mund- und Rachenregion. Zu den HR-HPV-Typen zählen 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82 und eventuell auch 26, 43, 53 und 66 (42). Der HPV-Typ 16 ist der Typ mit der höchsten Malignität und die beiden HR-HPV-Typen 16 und 18 sind zusammen für 70 % der Zervixkarzinome verantwortlich (43, 44). Die WHO bezeichnete diese beiden Typen schon 1995 als für den Menschen kanzerogen (42).

Als Risikofaktoren für eine HPV-Infektion gelten Nikotinabusus, früher erster Sexualkontakt, eine hohe Anzahl an Sexualpartnerinnen und Sexualpartnern, langfristige Einnahme von oralen Kontrazeptiva, Multiparität, schlechte Genitalhygiene und andere genitale Infektionen, eine vorausgehende HPV-Infektion sowie eine Immunsuppression durch eine HIV-Infektion oder eine Chemotherapie (46-48). Auch ein geringer sozioökonomischer Status (SES) wird mit durch HPV gebildete Präkanzerosen in Verbindung gebracht (49).

## Einleitung

Bei jungen Frauen sind Infektionen sehr verbreitet. Etwa ein Drittel der Frauen hat als Normalbefund eine Infektion mit den HPV-Typen 16, 52 oder 66, was bedeutet, dass die Zytologie bei diesen Frauen trotz Infektion nicht pathologisch ist (48). Das liegt beispielsweise daran, dass HPV 66 nur gering karzinogen ist und bei der HPV-Testung trotzdem das stärkste Signal zeigt. Außerdem wird die Infektion normalerweise durch das Immunsystem bekämpft und ist nach spätestens anderthalb Jahren überwunden. In 10 % der Fälle wird die Infektion allerdings chronisch und persistiert viele Jahre bis Jahrzehnte, was das Risiko der Entstehung von Zervixkarzinomen drastisch erhöht.

Wichtig zu wissen ist, dass eine Infektion mit einem HPV-Typ nicht davor bewahrt, sich mit anderen HPV-Typen zu infizieren. Es ist also möglich, mit verschiedenen HPV-Typen gleichzeitig oder hintereinander infiziert zu sein. Eine nochmalige Reinfektion ist später ebenso möglich (50).

### 1.4.2. Die Entstehung des Zervixkarzinoms

Das Zervixkarzinom entsteht, indem HPV durch kleine Verletzungen im Epithel die Basalzellschicht infiziert, woraufhin die virusinfizierten Tochterzellen in die suprabasale Zellschicht auswandern. Im Anschluss wird der Zellzyklus dysreguliert, HPV stimuliert die Zellproliferation und es entstehen Zellatypien. Diese Virusvermehrung in den oberen Schichten ist im Zervikalabstrich nachweisbar. Letztendlich entstehen Präkanzerosen, also präinvasive Läsionen. Als Latenzzeit wird die Phase bezeichnet, in der die präinvasiven Läsionen schließlich die Basalmembran durchbrechen, um sich zu einem Karzinom zu entwickeln (51).

Damit ein Zervixkarzinom entsteht, muss normalerweise eine Infektion mit mindestens einem der 15 HR-HPV-Typen bestehen (40, 52). Doch eine HPV-Infektion ist nicht ausreichend für die Entwicklung eines Karzinoms; auch genetische Veränderungen spielen zu 27 % eine Rolle (53). In mehreren Studien wurde eine Assoziation zwischen dem Zervixkarzinom und Genen, die den Zellzyklus, die DNA-Reparaturmechanismen, den Metabolismus von Fremdstoffen, Apoptoseformen und weitere Prozesse beeinflussen, bewiesen (53).

### 1.4.3. Pathologie des Zervixkarzinoms

Zervixkarzinome entstehen typischerweise in der Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze, auch Transformationszone genannt. Diese Prädilektionsstelle verschiebt sich abhängig von Sexualhormonen und ist je nach Alter mehr endozervikal, also innerhalb des Zervikalkanals (bei älteren Patientinnen) oder ektozervikal, also an der Portiooberfläche (bei jüngeren Patientinnen). Umso weiter endozervikal sich die Transformationszone befindet, desto schwieriger ist die Diagnosestellung (54).

Zu 80 % sind die Zervixkarzinome Plattenepithelkarzinome ausgehend aus dem Plattenepithel der Portio (ektozervikal), während der Anteil der Adenokarzinome ausgehend aus dem zervikalen Zylinderepithel (endozervikal) 20 % beträgt (40). Selten kann es sich auch um Mischformen handeln.

### 1.4.4. Das Zervixfrühkarzinom

Im Frühstadium ist die Erkrankung oft symptomlos und wird daher zumeist durch die Routine-Vorsorgeuntersuchung entdeckt. Dabei eignet sich das Plattenepithelkarzinom besonders gut zur Früherkennung (40). Ist der Befund der Krebsfrüherkennungsuntersuchung auffällig, so sollte kolposkopisch (Lupenbetrachtung) per Exzision eine gezielte Biopsie entnommen werden. Bei weiteren Auffälligkeiten müssen dann per Konisation (kolposkopische kegelförmige Gewebeentnahme) größere Gewebeproben entnommen werden, um die Diagnose histologisch zu sichern und sie in ein FIGO-Stadium (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) einzuteilen.

#### 1.4.4.1. Klassifikation der Präkanzerosen

Präkanzerosen am Gebärmutterhals nennen sich CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia). Sie sind Dysplasien und per definitionem noch kein Krebs, haben aber ein höheres Risiko zu entarten, wenn sie nicht behandelt werden. Sie können nach ihrem Schweregrad eingeteilt werden. CIN1 ist nur eine leichte Zellveränderung und erst bei CIN2 (mittelgradige Dysplasie), CIN3 (hochgradige Dysplasie) und Carcinoma in situ (CIS) spricht man von einer Krebsvorstufe. Eine Patientin mit einer CIN2+ hat innerhalb von fünf bis zehn Jahren eine 20- bis 30%ige Wahrscheinlichkeit, an einem Zervixkarzinom zu erkranken. Eine Patientin mit einer über zwei Jahre bestehenden CIN3 hat eine

## Einleitung

50%ige Wahrscheinlichkeit, an einem Zervixkarzinom zu erkranken. Patientinnen mit CIN1 und CIN 2 haben eine höhere Spontanregressionsrate als Patientinnen mit CIN3 (41).

Durch die Einführung der Krebsfrüherkennungsvorsorge ist die Inzidenz von zervikalen Präkanzerosen im Vergleich zum Zervixkarzinom 50- bis 100-fach höher (40). Sie haben höhere Erfolgschancen und bessere Therapieoptionen bei der Behandlung, was die Relevanz der Vorsorgeuntersuchung noch einmal hervorhebt, da sie ohne nicht zu entdecken sind.

### 1.4.4.2. Therapiemöglichkeiten und Erfolgschancen bei Frauen mit Kinderwunsch

Die Empfehlungen der Leitlinien richten sich unter anderem nach dem FIGO-Stadium.

Gemäß den aktuellen Leitlinien sollten CIN1 alle 3 Monate kontrolliert werden und CIN3 sowie länger als 12 Monate bestehende CIN2 operativ behandelt werden (40). Die Therapie erfolgt hier mittels Konisation, der Goldstandard ist dabei die Loop-Exzision, auch LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) genannt (39).

Bei Patientinnen mit CIS oder Frühkarzinom (FIGO IA L1, Ia1-Ib1 < 2 cm) kann leitliniengerecht die Konisation oder die radikale vaginale Trachelektomie (RVT) und bei prospektivem Kinderwunsch somit eine uteruserhaltende und onkologisch sichere Therapie erfolgen (55). Nach erfolgter Schwangerschaft kann dann eine sekundäre Hysterektomie diskutiert werden (38).

Auch wenn der Schwangerschaftsverlauf nach einer RVT verkompliziert ist, so sind die Schwangerschaftsraten im Gegensatz zu nichtoperierten Patientinnen nicht wesentlich niedriger (56, 57). Aber auch unabhängig von der Familienplanung spielt der Erhalt der Beckenorgane bei gynäkologischen Patientinnen bezogen auf die psychische Komponente der Erkrankung eine wichtige Rolle.

Sowohl die Konisation als auch die RVT sind Therapieoptionen, die nur im frühen Krankheitsverlauf möglich sind. Die einzige Möglichkeit, die Erkrankung im präklinischen frühen Stadium zu diagnostizieren, ist die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung.

### 1.5. Das Mammakarzinom

Das Mammakarzinom ist die häufigste bösartige Erkrankung der Frau (58). Die Lebenszeitprävalenz beträgt 10-12 % (59). Zu den größten Risikofaktoren gehören Mutationen im BRCA1- oder BRCA2-Gen, Erkrankungen von Verwandten 1. Grades und andere genetische Erkrankungen. Nicht hereditäre Risikofaktoren sind ein hohes Lebensalter, Alkohol- und Nikotinabusus, Makromastie, Diabetes mellitus, frühe Menarche und späte Menopause, postmenopausale Hormontherapie, Adipositas, Strahlenexposition und Ovarial-, Endometrium- sowie kolorektale Karzinome.

#### 1.5.1. Die Wichtigkeit der Früherkennung des Mammakarzinoms

Ziel der Mammakarzinomvorsorge ist es, die Anzahl der Erstdiagnosen von Karzinomen im Spätstadium zu verringern, was letztlich die Mammakarzinommortalität senkt. Wie beim Zervixkarzinom ist der Therapieerfolg beim Mammakarzinom im Frühstadium weit aus größer und die Therapiemöglichkeiten vielfältiger und weniger radikal. Die Früherkennung erhöht enorm die Heilungschancen. Das Mammakarzinom ist meistens heilbar, wenn es frühzeitig erkannt und therapiert wird. Vorteile der Sekundärprävention sind eine einfachere Behandlung des Karzinoms, eine verbesserte Lebensqualität und größere Überlebenschancen.

#### 1.5.2. Inhalte der Sekundärprävention des Mammakarzinoms

Die Früherkennungsmethode des Mammakarzinoms wurde in den letzten Jahren in Bezug auf ihre Effektivität rege diskutiert. Zur Sekundärprävention gehören die Anleitung zur monatlichen Selbstabstastung, die jährliche Untersuchung durch die Gynäkologin oder den Gynäkologen ab dem 40. Lebensjahr und die zweijährliche Mammographie zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr. Bei Frauen mit Mutation im BRCA1- oder BRCA2-Gen oder Frauen mit familiärer Vorbelastung ohne BRCA-Mutation, die in der Hochrisikogruppe sind, werden ab dem 25. Lebensjahr oder fünf Jahre vor Erstdiagnose in der Familie alle sechs Monate eine Brustabstastung und eine Sonografie sowie einmal im Jahr eine MRT-Mammographie durchgeführt (60).

## Einleitung

Metaanalysen haben ergeben, dass die Mammasselbstuntersuchung lymphknotenpositive Befunde und Mammakarzinome senkt, aber alleine nicht in der Lage ist, die Mortalität zu senken (59). In Bezug auf die Mammographie haben Studien gezeigt, dass bei über 50-Jährigen eine signifikante Reduktion der Mortalität erreicht wird, während bei 40- bis 49-Jährigen die Studienlage kontrovers ist (61). Sie ist momentan aber die einzig anerkannt wirksame Methode, um Brustkrebsvorstufen und frühe Tumorstadien zu entdecken. Laut der Studienlage verringert die hormongesteuerte Dichtezunahme der Brustdrüse die Beurteilbarkeit der Mammographie jedoch (62). Bedenkt man außerdem, dass sich die Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr auf nur 0,3 % beläuft, muss man sich fragen, ob der Nutzen der Vorsorge größer ist als die damit verbundenen Risiken und der Schaden (Strahlenexposition, falschpositive und falschnegative Befunde und damit unnötige psychosoziale Belastung und Behandlungen) (63, 64). Daher bedarf es hier an Informationsgesprächen und Aufklärung für die Patientinnen.

### 1.6. Inzidenzen des Zervix- und Mammakarzinoms: Deutschland und internationaler Vergleich

#### 1.6.1. Inzidenzen des Zervixkarzinoms

Weltweit rangiert das Zervixkarzinom auf Platz zwei der gynäkologischen Krebsarten bei Frauen, obwohl es zu den präventablen Tumorarten zählt (65).

Die meisten Frauen sind bei der Erstdiagnose zwischen 25 und 35 Jahre alt und das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 52 Jahren, was für eine Krebserstdiagnose jung ist (40).

Das Zervixkarzinom führt jährlich zu 270.000 Todesfällen weltweit. (66). In Ländern mit Krebsfrüherkennungsprogrammen ist die Inzidenz- und Mortalitätsrate viel niedriger als in Ländern ohne diese Programme. Die Inzidenz und Mortalität hat in Deutschland in den letzten 30 Jahren seit der Einführung des Krebsfrüherkennungsprogramms 1971 deutlich abgenommen (67). 2012 lag die Inzidenzrate bei 4640 Neuerkrankungen pro Jahr (2014 bei nur noch 4540 Frauen), die Mortalitätsrate lag mit 1617 Fällen pro Jahr bei etwas weniger als der Hälfte als noch vor 30 Jahren.

## Einleitung

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland im mittleren Drittel bei der Inzidenz- und Mortalitätsrate. Insbesondere in afrikanischen, südamerikanischen, asiatischen und osteuropäischen Ländern ist die Prävalenz-, Inzidenz- und Mortalität des Zervixkarzinoms weitaus höher als in den westeuropäischen Ländern (68, 69). Die Inzidenz des Zervixkarzinoms muss somit unter den geflüchteten Frauen höher sein. Insgesamt lässt sich die Aussage treffen, dass sowohl die Inzidenz- als auch die Mortalitätsrate in den Industrieländern geringer ist als in den Entwicklungsländern (ASR [age-standardised rate] der Inzidenz: 9,9 vs. 15,7 und ASR der Mortalität 3,3 vs. 8,3) (70).

Mit zunehmenden Flüchtlingszahlen wird also auch Deutschland wieder mehr mit der Diagnose sowie auch den Folgekosten konfrontiert sein. Da die Einführung der Vorsorge die Inzidenz- und Mortalitätsrate des Zervixkarzinoms in Deutschland deutlich reduzieren konnte, ist es wichtig, diese auch Geflüchteten zugänglich zu machen.

### 1.6.2. Inzidenzen des Mammakarzinoms

Das Mammakarzinom ist die weltweit häufigste maligne Erkrankung der Frau und die häufigste Krebstodesursache weltweit. Die Lebenszeitprävalenz beträgt 10-12 %. Das mittlere Erkrankungsalter beträgt 62 Jahre, was 7 Jahre unter dem mittleren Erkrankungsalter für Krebs liegt (58). Jede vierte Frau erkrankt noch vor der Menopause (58).

25/100.000 Frauen bekommen jährlich die Erstdiagnose eines Mammakarzinoms. Momentan beträgt die Anzahl an Erkrankungen rund 69.000 pro Jahr. 2014 lag die standardisierte Erkrankungsrate bei 114,6. Seit der Einführung des Mammographie-Screening-Programms 2005 beziehungsweise 2009 sind die Erkrankungsraten zunächst stark angestiegen und dann kontinuierlich wieder abgefallen. Das lässt sich dadurch erklären, dass durch die neu eingeführte Krebsvorsorge auf einmal viel mehr Tumoren entdeckt worden sind (71).

Im europäischen Vergleich rangiert Deutschland mittig (ASR 79,8). In den Vereinigten Staaten ist die Inzidenzrate 20 % höher (ASR 101,1) und in Japan um fast die Hälfte niedriger (32,7) als in Deutschland. In den Entwicklungsländern ist die Inzidenzrate dreimal niedriger als in den Industrienationen (ASR 23,8 vs. 67,8) (58).

### 1.7. Vorsorgemaßnahmen

#### 1.7.1. Sekundäre Präventionsmöglichkeiten

##### 1.7.1.1. Die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

In Deutschland umfasst die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung zwischen dem 20. – oder drei Jahre nach dem ersten Geschlechtsverkehr (GV) – und dem 35. Lebensjahr einmal jährlich die Zytologie der Zervix, den sogenannten Papanicolaou-Abstrich-Test (Pap-Test) und die Untersuchung des Genitals. Die Vorsorgeuntersuchung ist an die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) angelehnt (72). Sie dient der Prävention von Brust- und Gebärmutterhalskrebs und der frühzeitigen Diagnose von gynäkologischen Erkrankungen. Zudem soll sie der Frau die Möglichkeit bieten, Fragen zu Zyklus, Verhütung und Sexualität in einem regelmäßigen Abstand mit einer Ärztin oder einem Arzt besprechen zu können. Sie beinhaltet die Anamnese, das Abtasten der Brust, die Anleitung zum Selbstabtasten der Brust, die Untersuchung der inneren Geschlechtsorgane und den Pap-Abstrich.

Daten der letzten Jahre zeigen, dass die regelmäßige Durchführung einer Zervixzytologie die Inzidenz des Zervixkarzinoms drastisch reduzieren kann (73, 74). Der Pap-Abstrich ist eine Zytologie, bei der Schleimhautzellen vom Gebärmutterhals abgestrichen und unter dem Mikroskop begutachtet werden. Hier können krankhaft veränderte Zellen von gesunden Zellen unterschieden und je nach Befund weitere Untersuchungen veranlasst werden.

Ziel des Pap-Abstrichs ist es, Präkanzerosen zu diagnostizieren, um frühzeitig eine Behandlung einzuleiten (75). Denn bei einem auffälligen Pap-Abstrich erfolgt eine histologische Sicherung mittels Differentialkolposkopie und Exzision des Gewebes, wodurch das Krankheitsstadium erfasst und der Patientin weitere Diagnostik und auf sie angepasste Therapiemöglichkeiten angeboten werden können (40).

Wichtig ist, dass die Früherkennung von Präkanzerosen und vom Zervixkarzinom nur effektiv ist, wenn die Patientinnen sich regelmäßig der Vorsorgeuntersuchung unterziehen.

## Einleitung

### 1.7.1.2. HPV-Diagnostik

Der HPV-Test war bis 2018 kein fester Bestandteil der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung, sondern wurde bis jetzt nur nach auffälligem Pap-Abstrich durchgeführt. Neueste Daten zeigen allerdings, dass auch eine Durchführung im Rahmen der Früherkennung profitabel für die Frau wäre. Denn der Pap-Abstrich allein führt zu hohen falsch-positiven Raten mit unnötigen Folgebehandlungen (76). Außerdem ist das Risiko der Entstehung einer Krebsvorstufe CIN 3 oder höher innerhalb von acht Jahren ausgehend von einem negativen HPV-Test geringer als ausgehend von einem nichtpathologischen Zytologiebefund (77). Daher hat der G-BA 2017 ein neues Screening-Modell für Frauen ab 35 Jahren etabliert, das die jährliche zytologische Untersuchung ersetzt. Frauen ab einem Alter von 35 Jahren können sich ab sofort alle drei Jahre einer kombinierten Untersuchung aus Pap-Abstrich und HPV-Test unterziehen (72).

### 1.7.2. Primäre Präventionsmöglichkeiten: HPV-Impfung

Bestimmte Typen des HPV gelten als Hauptauslöser des Zervixkarzinoms. In vielen Ländern weltweit wie Australien, in denen HPV-Impfprogramme bereits eingeführt wurden, sind die Infektionsraten sowie die Inzidenzen der Genitalwarzen und zervikalen Präkanzerosen bereits gesunken (78). Die Impfstoffe enthalten virusähnliche Partikel ohne virale DNA, wodurch das Immunsystem angeregt wird. Der bivalente Impfstoff richtet sich gegen die HPV-Typen 16 und 18 (79). Der tetravalente Impfstoff richtet sich gegen die HPV-Typen 6, 11, 16 und 18, die zu 70 % für Zervixkarzinome und zu 90 % für Genitalwarzen verantwortlich sind (78, 80). Der nonavalente Impfstoff richtet sich gegen die HPV-Typen 6, 11, 16, 18 sowie 31, 33, 45, 52 und 58 (81). Der Unterschied hierbei besteht in den Antikörper-Titern, die angebaut werden.

Wichtig ist, dass die Impfung vor Eintritt der Geschlechtsreife erfolgt. Die STIKO (Ständige Impfkommission) empfiehlt seit März 2007 die Impfung gegen HPV-Viren bei Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren und seit 2014 bei Mädchen zwischen 9 und 14 Jahren (40). 2018 sprach die STIKO im epidemiologischen Bulletin die Empfehlung aus, nun auch Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren zu impfen (82). In Deutschland sind initial nur der bivalente Impfstoff (Cervarix®) und der tetravalente Impfstoff (Gardasil®) auf dem Markt gewesen.

## Einleitung

Diese Impfung verhindert die Entwicklung von 80 % der Präkanzerosen und hat somit auch einen Einfluss auf die Inzidenz des Zervixkarzinoms (76).

Seit 2015 ist aber auch der nonavalente Impfstoff (Gardasil 9®) auf dem europäischen Markt zugelassen (83). Dieser Impfstoff ist vorteilhaft für Männer, da er nicht nur eine Inzidenzsenkung von 24 % der Zervixkarzinome ermöglicht, sondern ebenfalls jeweils um 30 % und 14 % die Inzidenz des Analkarzinoms bei Männern und Frauen senkt (83). Auch können HPV-assoziierte Penis- und oropharyngeale Karzinome dadurch seltener entstehen. Da HPV-Infektionen also auch bei Männern zu malignen Entartungen führen können, war die geschlechtsneutrale Einführung der Impfung in den Impfkalender sinnvoll. Außerdem sinkt so auch generell die Infektionsrate, da auch die sexuelle Übertragung verhindert wird und es so zu einer Herdenimmunität kommt.

Wichtig ist, dass auch geimpfte Frauen an den Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, da die Impfstoffe nicht gegen alle HPV-Typen wirken.

### 1.8. Der Verein Gyninitiative e.V.

Der Verein „Gyninitiative e.V.“ ist ein gemeinnütziger und wohltätiger Verein, der im Mai 2015 gegründet wurde. Gründungsmitglieder waren fünf Gynäkologinnen der Charité Campus Mitte, eine Juristin, eine Geoanthropologin und ein Ethnologe mit langjähriger Erfahrung als Berater in Bereich der Entwicklungszusammenarbeit.

Der Verein hat sich zusammengeschlossen, um einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Frauen in Not zu leisten. Durch die Vertretung einer großen Klinik verfügt der Verein über ein hohes Maß an Expertise, das in der ehrenamtlichen und unentgeltlichen Arbeit genutzt wird.

Unterstützt wird er von der Klinik für Gynäkologie und Brustzentrum CCM und von der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum. Zudem bekommt der Verein Unterstützung von der Klinik der Pathologie CCM und vom HPV-Labor Berlin durch mit Befundung von Pap- und HPV-Abstrichen.

Seit der Gründung haben sich weitere Gynäkologinnen dem Verein angeschlossen. Außerdem haben sich auch Kooperationspartnerinnen und -partner außerhalb der Klinik gefunden, die den Verein mit Spenden/Sachspenden unterstützen.

## Einleitung

Das Augenmerk liegt aktuell bei den geflüchteten Frauen und irregulären Migrantinnen. Ein Teil der Betreuung erfolgt durch die Vermittlung bedürftiger Patientinnen an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durch verschiedene ehrenamtliche Einrichtungen in Berlin. Häufig fehlt hier aber die Möglichkeit der reibungslosen Vermittlung an Kliniken und Spezialsprechstunden zur weiterführenden Diagnostik im Falle von chronischen Beschwerden oder bei Notwendigkeit von elektiven Eingriffen. Die Gyninitiative e.V. sieht sich hier als ergänzend wirkendes Organ und kann als Bindeglied zwischen akuter ärztlicher Versorgung in Notunterkünften beziehungsweise ambulanten Arztpraxen und einer weiterführenden Betreuung in der Klinik fungieren. Geflüchteten Frauen soll die Möglichkeit gegeben werden, auch ohne akute Beschwerden fachlich gesehen und untersucht zu werden und nach dem deutschen Standard eine Krebsvorsorge zu erhalten.

### 1.9. Zielsetzung, Fragestellungen und Hypothesen/Nullhypothesen

#### 1.9.1. Zielsetzung

Die bisherige Datenlage zur Gesundheitssituation geflüchteter Frauen ist unzureichend, sie erfasst lediglich einen statistischen Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit, ohne dass es weitere Analysen und Untersuchungen zu den Ergebnissen gibt oder man eine kausale Erklärung hat. Geflüchtete Frauen stellen also eine Art Black Box dar; es liegen Untersuchungen zu ihrer gesundheitlichen Situation vor, die genauen Vorgänge und Ursachen für die Befunde sind jedoch nicht bekannt. Es ist kaum untersucht, wie verschiedene Einflussfaktoren (SES, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsversorgungssystem, Herkunftsland und damit verbundene Exposition) im Kontext der Flucht/Migration auf das Krankheitsgeschehen wirken.

Durch die wissenschaftliche Begleitung und Dokumentation des Projektes sollen Aussagen zur Verbesserung der Gesundheits- und Lebenssituation von geflüchteten Frauen gemacht werden. Das Augenmerk soll hier vor allem auf der gynäkologischen Gesundheitssituation liegen. Es soll ein Katalog erstellt werden, der die Bedürfnisse und Erkrankungen von geflüchteten Frauen beschreibt, um auf dieser Grundlage langfristig eine bessere, an die Situation angepasste medizinische Betreuungsmaßnahme anbieten zu können.

## Einleitung

Die Probleme werden statistisch erfasst und die Daten mit bekannten Zahlen und Inzidenzen von lokalen Patientinnen verglichen. So kann ein migrationsspezifisches Vorsorgeangebot geschaffen werden, wovon langfristig alle geflüchteten Frauen im Hinblick auf ihre Lebenssituation profitieren.

Die Inzidenz des Zervix- und Mammakarzinoms soll auch bei geflüchteten Frauen aufgrund einer Krebsfrüherkennung gesenkt werden. Die Zeit, in der sie ohne klaren Asylstatus keine medizinische Versorgung bekommen, kann der relevante Zeitraum sein, in dem sich eine Präkanzerose zu einem Zervixkarzinom entwickelt. HPV-Raten und pathologische Pap-Abstriche sowie Brustuntersuchungen in der Vorsorgeuntersuchung der Studie würden die Wichtigkeit von präventiven Screenings für geflüchtete Frauen hervorheben.

### 1.9.2. Fragestellung und Hypothesen

Insgesamt gilt es vier Hauptfragestellungen beziehungsweise Hypothesen zu klären.

Es lässt sich vermuten, dass im Vergleich zu deutschen Frauen bei geflüchteten Frauen mehr pathologische Pap-Abstriche und HPV-Infektionen bestehen und man vor allem ein anderes Spektrum an HPV-Typen vorfindet. Es könnte des Weiteren einen Zusammenhang zwischen den HPV-Raten und dem (Nicht-) Gebrauch von Verhütungsmitteln, der Multiparität, dem steigenden Alter, einem hohen BMI und einer schlechteren gynäkologischen Versorgungssituation im Herkunftsland geben.

Außerdem gilt es zu evaluieren, wie der gynäkologische und geburtsmedizinische Gesundheitsstatus der geflüchteten Frauen insgesamt im Vergleich zu dem der deutschen Frauen ausfällt. Dies bezieht sich vor allem auf Zyklusbeschwerden, Unterleibschmerzen, Brustprobleme, gynäkologische Erkrankungen und Operationen sowie auf die Anzahl der Schwangerschaften, Geburten und deren Komplikationen.

Die dritte Hypothese ist, dass der allgemeine Gesundheitszustand der geflüchteten Frauen sich von dem der deutschen Frauen unterscheidet. Dies könnte vor allem an der schlechteren Versorgungssituation im Herkunftsland und an den Fluchtumständen liegen.

## Einleitung

Als Viertes ist zu untersuchen, inwiefern das psychische Wohlbefinden und die soziale Situation der geflüchteten Frauen durch die Fluchtumstände in Bezug auf Depression, Angstzustände und PTBS beeinträchtigt sind und ob dies psychosomatische Krankheitsbilder hervorrufen könnte, auch in Bezug auf eine gynäkologische Symptomatik.

## **2. Material und Methoden**

### **2.1. Patientenkollektiv**

#### **2.1.1. Einschlusskriterien**

Untersucht wurden insgesamt 39 geflüchtete Frauen über den Zeitraum von einem Jahr von August 2016 bis August 2017. Eingeschlossen wurden geflüchtete Frauen im Alter von 12 bis 80 Jahren mit oder ohne akute und/oder chronische gynäkologische Beschwerden, die in den Notunterkünften freiwillig an der Untersuchung teilnehmen wollten und sich auf Arabisch, Farsi, Russisch, Deutsch, Französisch oder Englisch verständigen konnten. Auch Schwangere wurden in die Beobachtung eingeschlossen.

#### **2.1.2. Ausschlusskriterien**

Ausgeschlossen wurden Frauen, die nicht in der entsprechenden Altersspanne waren. Patientinnen ohne penetrativen GV in der Anamnese wurden zwar mit in die Studie eingeschlossen, jedoch ohne dass ein Pap-Abstrich oder ein HPV-Abstrich durchgeführt wurde. Selbiges galt für Frauen, die sich mit starker Regelblutung in den ersten Tagen ihres Zyklus befanden und sich somit keinem Abstrich unterziehen konnten.

### **2.2. Projektbeginn und -verlauf**

Von August 2016 bis März 2017 wurde in der Notunterkunft Berlin Tempelhof Bewohnerinnen eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung angeboten. Hierfür konnten die Räumlichkeiten der Vivantes Flüchtlingsmedizin im Medical Center Tempelhof genutzt werden. Später wurden weitere Flüchtlingsheime kontaktiert. Daraus resultierte eine Zusammenarbeit mit der Notunterkunft Rathaus Friedenau Berlin und der Flüchtlingsunterkunft Haus Leo der Berliner Stadtkommission. Da dort keine passenden Räumlichkeiten für eine gynäkologische Untersuchung zur Verfügung standen, wurden Informationsveranstaltungen vor Ort angeboten und mit den interessierten Probandinnen ein Termin zur Untersuchung in der Frauenklinik am Campus Charité Mitte vereinbart. Alle Frauen erteilten vor der Untersuchung ihr Einverständnis zur Verwendung der Daten in anonymisierter Form im Rahmen der Studie.

### 2.3. Studienablauf

#### 2.3.1. Vorbereitung

Die Bewohnerinnen der Flüchtlingsheime wurden durch die Studienärztinnen oder die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter vor Ort über das Studienangebot per Flyer oder Informationsveranstaltung informiert. Diese Informationsveranstaltungen beinhalteten eine Präsentation mit einer kurzen Einführung in das Thema des Zervixkarzinoms und der Vorsorgeuntersuchung, um sich einen Überblick über die Wichtigkeit und Notwendigkeit dieser Untersuchungen zu verschaffen. Während der Termine hatten die Patientinnen auch die Möglichkeit, Fragen und Anliegen zu klären. So konnte schon einmal eine Vertrauensbasis geschaffen werden, die die Wahrscheinlichkeit erhöhte, dass die Patientinnen die Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nahmen.

#### 2.3.2. Nachbehandlung

Die Patientinnen stellten sich zur Erfragung des zytologischen Ergebnisses nach zwei Wochen im Rahmen der Vorsorgesprechstunde erneut vor. Bei pathologischen Ergebnissen erfolgte die kostenfreie Weiterbehandlung durch die Ärztinnen der Gyninitiative e.V. in den Räumen der Frauenklinik am Campus Charité Mitte.

#### 2.3.3. Finanzierung und Untersuchungsinstrumente

Finanziert wurde die Studie durch Laborkooperationen und Spenden. Der Klinikleiter der Frauenklinik am Campus Mitte unterstützte das Projekt, indem er die Nutzung der Instrumentarien und Untersuchungsmaterialien gewährleistete. Das Institut für Pathologie spendete 50 kostenfreie Befundungen von Pap-Abstrichen und der Leiter des HPV-Labors Berlins PD Dr. A. M. Kaufmann hat 400 HPV-Abstriche gespendet. Der Vertreter des ärztlichen Direktors der Charité sagte für die Studie ebenfalls eine finanzielle Unterstützung zu. Darunter fiel auch die Kostenübernahme einzelner notwendiger Eingriffe. Zudem erhielt der Verein eine Spende von 5000 Einmalspekula von der Brenner Medical GmbH.

### 2.4. Ablauf der Vorsorgeuntersuchung

#### 2.4.1. Fragebogen

Die Forschungsfragen und vorher überlegten Hypothesen für die Studie galten als Grundbaustein für die Erstellung des Fragebogens. Anhand dieses Fragebogens wurde die Anamnese erhoben, deren Fokus auf der Symptom- und Risikoerfassung des Zervixkarzinoms lag.

Als Fragentypen wurden offene, halboffene und geschlossene Fragen ausgesucht. Die Antwortformate waren dichotom oder kategorial mit einer Ergänzungsoption. Der erste Teil des Fragebogens umfasste epidemiologische Merkmale (Geburtsdatum, Größe, Gewicht). Anschließend folgten die geburtsmedizinische Anamnese sowie die Anamnese zum Zyklus. Im mittleren Teil des Fragebogens wurden spezifische gynäkologische Symptome, Operationen und Erkrankungen abgefragt. Dazu gehörten Unterleibschmerzen, Zyklusstörungen und Brustprobleme. Auch das Datum der letzten gynäkologischen Untersuchung sowie eine vorangegangene HPV-Impfung wurden erfragt. Im Anschluss wurden ebenso Symptome, Erkrankungen und Operationen aus anderen Bereichen der Medizin abgefragt, darunter fielen Thrombose/Embolien, Diabetes mellitus und Krebserkrankungen. Darauf folgten die Vegetativ- sowie die Medikamentenanamnese. Angaben zur sozialen Situation (Beziehungsstatus, Wohnsituation in Deutschland) und zum kulturellen Hintergrund (Herkunftsland, Aufenthaltsdauer in Deutschland, Glaubensrichtung) gehörten zum Schlussteil des Fragebogens.

#### 2.4.2. Klinische Untersuchung

##### 2.4.2.1. *Gynäkologische und zytologische Untersuchung*

Die zytologische Untersuchung wurde allen Frauen angeboten. Dabei wurde die genitale Hautregion zunächst inspiziert und es erfolgte die bimanuelle gynäkologische Tastuntersuchung.

Nach der Spiegeleinstellung der Portio wurde Untersuchungsmaterial von der Portiooberfläche und dem Zervikalkanal mithilfe eines Holzspatels, eines Wattestäbchens und einer Bürste entnommen. Anschließend wurde das Untersuchungsmaterial für die zytologische Untersuchung auf einem Objektträger mit 96%igem Alkohol fixiert. Die Papanicolaou-

## Material und Methoden

Färbung ermöglichte dann die zytologische Begutachtung. Diese spezielle polychrome Färbung bestand aus drei Farbstoffen. Die Kernfärbung erfolgte mittels Hämatoxylin nach Harris. Die Gegenfärbung bestand aus Orange G (OG 6) und Eosin-Azur (EA 50). Diese Methode ist geeignet, um Dysplasien und Karzinome zu detektieren, da sich Zellkern und Zellplasma unterschiedlich anfärben (84). Das Material wurde zur Auswertung an die Zytologie übersandt. Eine Einteilung der Ergebnisse erfolgte nach der 3. Münchner Nomenklatur.

### 2.4.2.2. HPV-Test

Der Test auf HR-HPV-Typen aus den Abstrichen erfolgte mit Hilfe des „Hybrid Capture Tests“ der zweiten Generation, der mit „hc2“ oder „HCII“ abgekürzt wird (44). Er ist das Testverfahren der Wahl und beruht auf einem nicht radioaktiven Enzym-Immuntest und auf dem Einsatz von RNA-Sonden zum Nachweis von HPV-DNA (85). Für den HPV-Test konnte eine kleine Menge der Probeflüssigkeit auf dem Bürstchen des Pap-Abstrichs verwendet werden, sodass keine zusätzliche Probenentnahme nötig war (86). Nicht nachgewiesen wurden die LR-HPV-Typen 34, 40, 44, 55, 61, 67, 81, 83 und 84.

### 2.4.2.3. Brustuntersuchung

Ab dem 30. Lebensjahr erfolgt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung zusätzlich die Brustuntersuchung. Diese wurde allen Frauen angeboten. Dabei wurden die Brustdrüsen und die regionalen Lymphabflusswege (Achselhöhle) abgetastet. Ebenso erfolgte eine Inspektion der jeweiligen Hautregion mit besonderem Augenmerk auf Rötung, Schwellung sowie Einziehungen der Haut oder der Brustdrüse. Die Frauen wurden außerdem zur regelmäßigen Selbstuntersuchung angeleitet (87).

## 2.5. Kommunikation und Dolmetscherinnen

Um die Kommunikation zu erleichtern, wurden Einverständniserklärung, Patienteninformationsblatt und Fragebogen zuvor auf Arabisch, Farsi und Russisch übersetzt und entsprechend ausgehändigt.

Die Gyninitiative e.V. wird von ehrenamtlichen Ärztinnen und Medizinstudierenden unterstützt. Am Flüchtlingsprojekt haben unter anderem jene teilgenommen, die in eine der

oben genannten Sprachen dolmetschen konnten. Rekrutiert wurden für die Vorsorgeaktionen vor allem Medizinstudierende mit Migrationshintergrund über die sozialen Netzwerke und die zentrale Lernplattform Backbord der Charité in Form von Aufrufen zu ehrenamtlicher Tätigkeit. Diese Medizinstudierenden verfügten über das nötige medizinische Fachwissen und die jeweiligen Sprachkenntnisse (Farsi, Arabisch oder Russisch) und hatten auch den jeweiligen kulturellen Hintergrund, um den Flüchtlingsfrauen die benötigte Empathie und Verständnis entgegenzubringen. So konnte während des Anamnesegesprächs rasch ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, was die Kommunikation erheblich einfacher machte.

### 2.6. Beteiligte Interviewerinnen und Untersucherinnen

Die Untersuchungen wurden immer zusammen von mindestens zwei Ärztinnen (Assistenzärztinnen oder Fachärztinnen) geführt, die an der Frauenklinik der Charité angestellt und Mitglied des Vereins Gyninitiative e.V. waren. Es wurde darauf geachtet, im Kontakt mit den Patientinnen bewusst nur weibliche Personen mitwirken zu lassen, um die Kluft zwischen Mitarbeiterinnen und Patientinnen zu reduzieren und das Gespräch bezüglich des ohnehin schon schambehafteten Themas zu erleichtern. Außerdem musste auch beachtet werden, dass in manchen Kulturkreisen männliche Untersucher nicht gestattet sind.

### 2.7. Kontrollkollektiv

Für das Kontrollkollektiv (KK) galten die gleichen Einschlusskriterien wie für die Flüchtlingsgruppe. Es wurden 39 deutsche Frauen im Alter von 12 bis 80 Jahren mit oder ohne akute und/oder chronische gynäkologische Beschwerden ausgewählt, die sich auf Arabisch, Farsi, Russisch, Deutsch, Englisch oder Französisch verständigen konnten. Auch schwangere Frauen wurden in die Studie eingeschlossen. Als „deutsch“ galt jede Frau, die hier geboren oder aufgewachsen ist oder seit mehr als 30 Jahre hier lebt, da davon auszugehen ist, dass in dieser Zeit eine Assimilation des deutschen Gesundheitsverhaltens stattgefunden hat. Die Frauen wurden in zwei Allgemeinarztpraxen in Berlin Kreuzberg und Neukölln per Zufall rekrutiert. Jede Patientin in der Praxis, die der Altersspanne der geflüchteten Frauen entsprach, wurde gefragt, ob sie mit der Teilnahme an einem

gynäkologischen Interview einverstanden wäre. Einverständniserklärung, Patienteninformationsblatt und Fragebogen wurden auch hier ausgehändigt. Es wurde darauf geachtet, das Alter der deutschen Frauen an das des Flüchtlingskollektivs anzupassen, um bessere statistische Aussagen treffen zu können.

Eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung erfolgte jedoch nicht, da davon auszugehen war, dass die Frauen in regelmäßigen Abständen bei ihrem Frauenarzt oder ihrer Frauenärztin in Behandlung waren. Deshalb wurden zusätzlich zum standardisierten Fragebogen die Ergebnisse des letzten Pap-Tests und der letzten Brustuntersuchung erfragt. Da die meisten Frauen nicht über ihre HPV-Werte im Bilde waren, wurden die HPV-Daten der geflüchteten Frauen mit bekannten Zahlen und Inzidenzen von deutschen Frauen aus der Literatur und aus dem HPV-Labor Berlin verglichen.

### 2.8. Statistisches Auswertungsverfahren

Alle Daten aus den Fragebögen und der gynäkologischen Untersuchung wurden in SPSS 24.0. implementiert und im Sinne einer explorativen Datenanalyse ausgewertet.

Zur Überprüfung der ersten Hypothese wurde der Binomialtest für einen Datenvergleich zu den HPV-Prävalenzen bei geflüchteten Frauen aus der Studie und HPV-Prävalenzen bei deutschen Frauen (Angaben aus Veröffentlichungen der WHO) verwendet. Es wurde ein zweiseitiges Signifikanzniveau von 5 % angewandt.

Alle anderen Hypothesen wurden explorativ analysiert. Die statistische Berechnung des Datenmaterials erfolgte dabei mittels Chi-Quadrat-Test für kategorielle Variablen und mittels T-Test für unabhängige Stichproben beziehungsweise Mann-Whitney-Test für kontinuierliche Variablen.

Für die Darstellung der Ergebnisse der deskriptiven Statistik wurden Tabellen mit Lage- und Streuungsparametern bzw. absoluten und relativen Häufigkeiten und Diagramme verwendet.

### 3. Ergebnisse

Verglichen wurden die Ergebnisse der Flüchtlingsgruppe (FG) mit denen der Kontrollgruppe (KG). Aufgrund der nicht ausreichend großen Fallzahl war jedoch nur eine begrenzte statistische Auswertung möglich, die keine allgemeinen Schlussfolgerungen zuließ. Darauf soll im Anschluss im Diskussionsteil genauer eingegangen werden.

#### 3.1. Demografische Werte

Im Durchschnitt betrug das Alter der FG und das der KG jeweils 35 Jahre (+/- 11). Die Mehrheit der Patientinnen (69 %) war in beiden Gruppen zwischen 26 und 50 Jahren alt. Die jüngste Patientin war in beiden Gruppen 17 und die älteste Patientin 66 (FG) beziehungsweise 60 (KG) Jahre alt. Bei der Rekrutierung der KG wurde darauf geachtet, dass die Frauen beider Gruppen ungefähr in der gleichen Altersspanne waren.

Der BMI variierte hingegen stark und signifikant ( $p = 0,003$ ). Während die FG mit einem durchschnittlichen BMI von 25 (SD +/-5) grenzwertig übergewichtig war, war die KG mit einem durchschnittlichen BMI von 22 (SD +/-3) im Normalbereich. Auch wiesen die geflüchteten Frauen mit einer Spannweite von 17 bis 36 eine stärkere Varianz auf als die KG mit einer Spannweite von 18 bis 29. Keine der deutschen Frauen wies eine Adipositas (BMI gleich oder höher 30) auf, während in der FG vier Frauen eine Adipositas I (BMI zwischen 30 und 35) und eine Frau eine Adipositas II (BMI gleich oder höher 35) hatten. Der BMI nahm mit höherem Alter stetig zu. Der größte Unterschied des BMI zwischen den beiden Gruppen fand sich bei Frauen zwischen 26 und 50 Jahren.

*Tabelle 1: Gruppiertes Alter und BMI in Abhängigkeit vom Alter*

Alter in Jahren	FG (n = 39)		KG (n = 39)	
	n	BMI *	n	BMI *
≤ 25	8 (21 %)	22	8 (21 %)	21
26-50	27 (69 %)	26	27 (69 %)	22
51-75	4 (10 %)	26	4 (10 %)	24
≥ 76	0 (0 %)	-	0 (0 %)	-

Alle Werte sind Mittelwerte (Prozentwerte); \* $p = 0,003$

## Ergebnisse

### 3.2. Geburtsmedizinischer und gynäkologischer Gesundheitszustand

#### 3.2.1. Geburtsmedizinische Anamnese

Es gab einen signifikanten Unterschied zwischen der Kinderanzahl der geflüchteten und deutschen Frauen ( $p < 0,001$ ). Die FG hatte im Durchschnitt drei Kinder (Median: G3P3) und die KG gar kein Kind (Median: G0P0). Mit acht Kindern war die maximale Kinderanzahl in der FG doppelt so hoch wie die in der KG. 25 % der geflüchteten Frauen hatten vier oder mehr Kinder, während 25 % der deutschen Frauen nur ein Kind hatten.

Während die maximale Abort-/Totgeburtenrate mit einer Anzahl von drei in der FG zu finden war, ließ sich die höchste Interruptiorate mit einer Anzahl von drei in der KG finden.

Folgende Tabelle stellt dar, dass 16 (41 %) der geflüchteten Frauen mindestens vier Kinder hatten, während es bei der KG nur eine Frau (3 %) war ( $p < 0,001$ ). Hingegen hatten die meisten deutschen Frauen (23 = 59 %) gar keine Kinder, was bei der FG auf nur neun (23 %) zutraf ( $p = 0,001$ ). Beide Ergebnisse waren signifikant. Mehr als doppelt so viele geflüchtete Frauen (13 = 33 %) wie deutsche Frauen (6 = 15 %) hatten mindestens eine Fehlgeburt. Der Unterschied war jedoch nicht signifikant ( $p = 0,065$ ). Die Interruptiorate war mit sechs (15 %) in beiden Gruppen gleich niedrig.

*Tabelle 2: Geburtsmedizinischer Gesundheitszustand*

	Kinderanzahl*			Gravida			Para			Abort**			Interruptio		
	0	1 - 3	≥ 4	0	1 - 3	≥ 4	0	1 - 3	≥ 4	0	1 - 3	≥ 4	0	1 - 3	≥ 4
FG n = 39	9	14	16	7	12	20	9	14	16	26	13	0	33	6	0
KG n = 39	23	15	1	20	17	2	24	14	1	33	6	0	33	6	0

Alle Werte sind Medianwerte; \* $p = 0,001$ , \*\* $p = 0,065$

Insgesamt gab es in der FG 30 Frauen (77 %) und in der KG nur 16 Frauen (41 %) mit mindestens einem Kind, was einem signifikanten Unterschied entsprach ( $p = 0,001$ ). Die geflüchteten Mütter waren durchschnittlich 37 und die deutschen Mütter 44 Jahre alt ( $p = 0,013$ ). In dieser Studienpopulation haben im Durchschnitt die geflüchteten Frauen signifikant jünger Kinder bekommen als die deutschen Frauen.

## Ergebnisse

Die FG wurde zusätzlich gefragt, wie viele der Geburten in Deutschland stattgefunden haben. 6 % der Frauen gaben an, mindestens einmal in Deutschland geboren zu haben.

Die Anzahl der Spontangeburt war in der FG und KG in etwa gleich (83 % vs. 88 %). Bei der FG gab es im Vergleich zur KG anamnestisch keine einzige Entbindung per Forceps oder Vakuumextraktion und auch keine Geburtskomplikationen, jedoch weitaus mehr Sectiones (30 % vs. 6 %;  $p = 0,0130$ ) und auch einen kleinen Anteil an Hausgeburten (3 % vs. 0 %). Die Indikation zur Sectio wurde nicht erfragt, ebenso ist nicht klar, ob es sich um primäre oder sekundäre Sectiones handelte. Die Sectiones wurde in der FG nicht in Zusammenhang mit Geburtskomplikationen gebracht, wobei die Indikation zur sekundären Sectio meist basierend auf einer Geburtskomplikation gestellt wird.

Tabelle 3: Entbindungsmodus

Entbindungsmodus	FG (n = 30)	KG (n = 16)
≥ 1 Spontanpartus	25 (83 %)	14 (88 %)
≥ 1 Forceps / Vakuumextraktion	0 (0 %)	3 (19 %)
≥ 1 Sectio*	9 (30 %)	1 (6 %)
≥ 1 Hausgeburt	1 (3 %)	0 (0 %)
≥ 1 Komplikation	0 (0 %)	5 (31 %)

\* $p = 0,0130$

### 3.2.2. Gynäkologische Anamnese

#### 3.2.2.1. Zyklusanamnese

Bei den geflüchteten Frauen waren drei (8 %) und bei den deutschen Frauen sieben (18 %) bereits in der Postmenopause. Das Durchschnittsalter der Frauen in der Postmenopause betrug in der FG 53 und in der KG 50 Jahre ( $p = 0,787$ ).

Für die Zyklusfragen wurden bis auf die Frage nach der Menarche die schwangeren und die postmenopausalen Frauen ausgeschlossen. Bei statistisch signifikant mehr geflüchteten Frauen (34 %) gab es im Vergleich zu den deutschen Frauen (9 %) Zyklusunregelmäßigkeiten ( $p = 0,017$ ). Sowohl der Zeitpunkt der Menarche, die Zyklusdauer, der Tag

## Ergebnisse

der letzten Regel und die Dauer der Regel ähnelten sich in den Mittelwerten. Was allerdings auffällt, waren die höheren Standardabweichungen und die größeren Spannweiten der Antworten in der FG, was zeigt, dass die Antworten weniger einheitlich waren als in der KG.

*Tabelle 4: Zyklusunregelmäßigkeiten*

<b>Zyklusunregelmäßigkeiten</b>	<b>FG (n = 35)</b>	<b>KG (n = 31)</b>
Zyklus unregelmäßig	12 (34 %)	3 (9 %)
Zyklus regelmäßig	23 (66 %)	28 (90 %)

p = 0,017

*Tabelle 5: Zyklusanamnese*

<b>Zyklusanamnese</b>	<b>FG</b>	<b>KG</b>
Menarche (Alter in Jahren, n = 77)	13 ± 2 (9; 18)	13 ± 2 (10; 16)
Zeitpunkt der letzten Regel (in Tagen, n = 73)	31 ± 53 (0; 270)	25 ± 17 (1; 67)
Dauer der Regelblutung (in Tagen, n = 67)	6 ± 2 (2; 10)	5 ± 1 (3; 7)
Zyklusdauer (in Tagen, n = 64)	30 ± 9 (10; 60)	29 ± 7 (9; 50)

Alle Werte sind Mittelwerte ± SD (Min; Max)

### 3.2.2.2. Gynäkologische Beschwerden

Insgesamt haben in beiden Gruppen zusammen 39 Frauen ein gynäkologisches Symptom angegeben. 28 (72 %) der 39 geflüchteten Frauen äußerten, unter gynäkologischen Beschwerden zu leiden. Die Anzahl der deutschen Frauen, die die Frage bejahten, belief sich mit elf Frauen (28 %) auf nicht einmal die Hälfte (p < 0,001).

## Ergebnisse

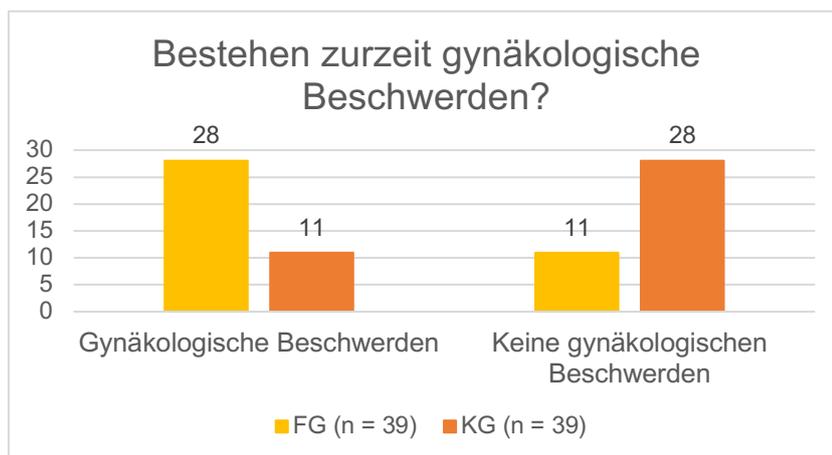


Abbildung 1: Gynäkologische Beschwerden

Die folgende Tabelle enthält Zahlen und Werte bezogen auf die Frauen, die die Frage nach gynäkologischen Beschwerden bejaht hatten. Die mediane Anzahl an genannten Symptomen unterschied sich signifikant in den beiden Gruppen ( $p < 0,001$ ).

In beiden Gruppen waren die meistgenannten Symptome Unterleibsschmerzen und Dysmenorrhoe. Diese wurden in der FG von jeweils 71 % ( $n = 28$ ) und in der KG von jeweils 82 % ( $n = 11$ ) derjenigen mit Beschwerden genannt. Bezogen auf das Gesamtkollektiv (jeweils  $n = 39$ ) betragen die Prozentzahlen für die FG jedoch 51 % und für die KG nur noch 23 %, sodass insgesamt mehr geflüchtete Frauen als deutsche Frauen diese Beschwerden geäußert haben.

Das meistgenannte Symptom der FG war der vaginale Ausfluss / Pruritus und in der KG der Unterleibsschmerz.

Bei der Frage nach den Symptomen gab die FG neun verschiedene Symptomkategorien an, während es in der KG nur drei waren.

In der FG wurden 47 und in der KG nur 12 Symptome genannt, was einem signifikanten Unterschied entsprach ( $p < 0,001$ ).

## Ergebnisse

Tabelle 6: Symptome der Frauen mit gynäkologischen Beschwerden

Symptome der Frauen mit gynäkologischen Beschwerden	FG (n = 28)	KG (n = 11)	Gesamt (n = 39)
Vaginaler Ausfluss o. Pruritus	12 (46 %)	0 (0 %)	12
Unterleibsschmerzen	11 (39 %)	5 (46 %)	16
Dysmenorrhoe	9 (32 %)	4 (36 %)	13
Zyklusstörungen**	7 (25 %)	3 (25 %)	10
Aszites	2 (7 %)	0 (0 %)	2
Hyperemesis gravidarum	2 (8 %)	0 (0 %)	2
Harninkontinenz	2 (7 %)	0 (0 %)	2
Unerfüllter Kinderwunsch	1 (4 %)	0 (0 %)	1
Dyspareunie	1 (4 %)	0 (0 %)	1
Anzahl an genannten Symptomen insgesamt*	47	12	59

Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Befragten, die die Frage nach Beschwerden bejahten;  
\*p < 0,001, \*\*Hypermenorrhoe, Amenorrhoe, unregelmäßiger Zyklus o. Menometrorrhagien)

### 3.2.2.3. Zusammenhang zwischen gynäkologischen Beschwerden und dem Zeitpunkt der letzten gynäkologischen Untersuchung

Bei den Frauen, die angaben, momentan unter gynäkologischen Beschwerden zu leiden, war die letzte gynäkologische Untersuchung in der FG durchschnittlich 130 Tage her (Median: 60), während sie in der KG 167 Tage her war (Median: 110) (T-Test: p = 0,308, Mann-Whitney-Test: p = 0,163). Das bedeutet, dass die geflüchteten Frauen im Durchschnitt bei Beschwerden früher ärztlichen Rat eingeholt haben als die deutschen Frauen.

Bei den Frauen ohne gynäkologische Beschwerden war die letzte gynäkologische Untersuchung in der FG durchschnittlich 1436 Tage her (Median: 1000), während sie in der KG 248 Tage her war (Median: 205) (T-Test: p = 0,579, Mann-Whitney-Test: p = 0,304). Das bedeutet, dass sich die geflüchteten Frauen in dieser Studienpopulation bei Beschwerdefreiheit eher keiner gynäkologischen Untersuchung unterzogen haben, während die deutschen Frauen auch ohne Beschwerdesymptomatik an den gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben.

## Ergebnisse

Tabelle 7: Zusammenhang zwischen gynäkologischen Beschwerden und Zeitpunkt der letzten gynäkologischen Untersuchung

Gynäkologische Beschwerden		Letzte gynäkologische Untersuchung	
		Mittelwert	Median
FG (n = 39)	Nein**	1436 / 48	1000 / 33
	Ja*	130 / 4	60 / 2
KG (n = 39)	Nein**	248 / 8	205 / 7
	Ja*	167 / 6	110 / 4

Alle Werte sind in Tagen/Monaten angegeben

\* T-Test:  $p = 0,579$ , Mann-Whitney-Test:  $p = 0,304$ , \*\* T-Test:  $p = 0,579$ , Mann-Whitney-Test:  $p = 0,304$

### 3.2.2.4. Brustprobleme

Neun von 39 geflüchteten Frauen (23 %) gaben an, unter Brustproblemen zu leiden. Der Prozentsatz der deutschen Frauen, die die Frage bejahten, belief sich mit zwei von 39 Frauen auf nur 5 % ( $p = 0,023$ ).

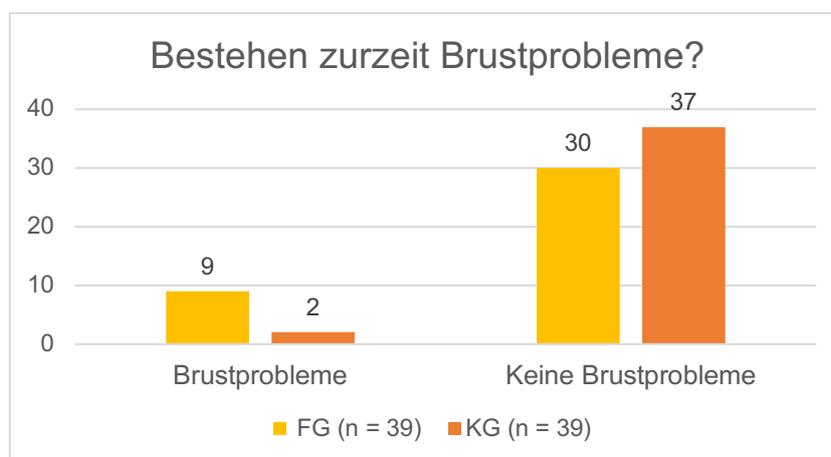


Abbildung 2: Brustprobleme

Insgesamt wurde in beiden Gruppen zusammen elf Mal ein Brustproblem angegeben, davon neun Mal in der FG und nur zwei Mal in der KG.

In beiden Gruppen war das meistgenannte Symptom die Mastodynie (abhängig oder unabhängig von der Menstruation). Vier der neun geflüchteten Frauen (44 %) und beide deutschen Frauen mit Brustproblemen gaben die Mastodynie an.

## Ergebnisse

Bei der Frage nach den Symptomen gab die FG vier verschiedene Symptomkategorien an, während es bei der KG nur zwei waren.

Tabelle 8: Brustprobleme

Brustprobleme	FG (n = 9)	KG (n = 2)	Gesamt (n = 11)
Zunahme des Brustumfangs	1 (11 %)	0 (0 %)	1
Mastodynie	4 (44 %)	2 (100 %)	6
Mastodynie während der Menstruation	2 (22 %)	1 (50 %)	3
Zysten	2 (22 %)	0 (0 %)	2

Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Befragten, die die Frage nach Beschwerden bejahten

### 3.2.2.5. Gynäkologische Erkrankungen

Neun von 39 geflüchteten Frauen (23 %) gaben an, zurzeit oder in der Vergangenheit an einer oder mehreren gynäkologischen Vorerkrankungen gelitten zu haben. In der KG war es im Vergleich dazu mit drei von 39 Frauen (8 %) ein Drittel weniger ( $p = 0,60$ ).

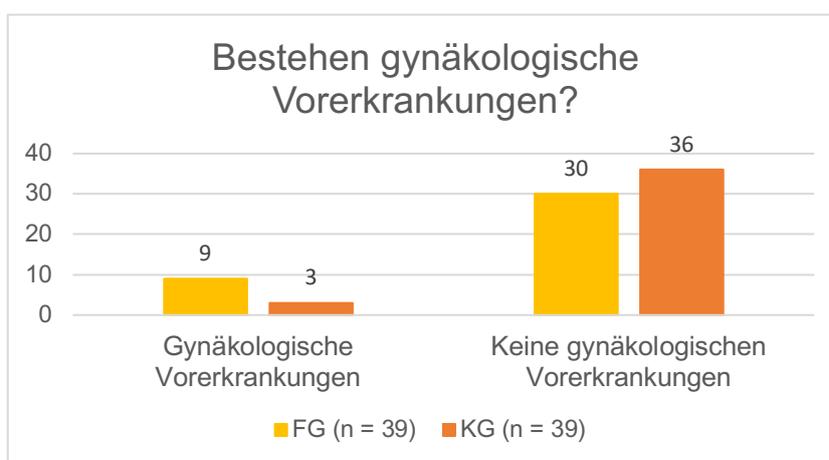


Abbildung 3: Gynäkologische Vorerkrankungen

Insgesamt haben in beiden Gruppen zusammen zwölf Frauen eine gynäkologische Erkrankung angegeben, davon neun Mal in der FG und nur drei Mal in der KG. Die mediane Anzahl der genannten gynäkologischen Erkrankungen war jedoch nicht signifikant unterschiedlich ( $p = 0,118$ ).

## Ergebnisse

In der FG wurden vor allem entzündliche Erkrankungen genannt (77,7 %), während in der KG nur Tumorerkrankungen (maligne oder benigne) angegeben wurden.

Tabelle 9: Gynäkologische Vorerkrankungen

Gynäkologische Vorerkrankungen	FG (n = 9)	KG (n = 3)	Gesamt (n = 12)
Chronische Zystitis	3 (33 %)	0 (0 %)	3
Vaginale Candidose / Bakterielle Vaginose	3 (33 %)	0 (0 %)	3
Mammakarzinom	1 (11 %)	2 (100 %)	3
Adnexitis	1 (11 %)	0 (0 %)	1
Ovarialinsuffizienz	1 (11 %)	0 (0 %)	1
Gutartiger Mammatumor	1 (11 %)	0 (0 %)	1
Symptomatische Uterusmyome	0 (0 %)	1 (33 %)	1
Anzahl an genannten Symptomen insgesamt*	10	3	13

Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Befragten, die die Frage nach gynäkologischen Beschwerden bejahten; \* $p = 0,118$

### 3.2.2.6. Gynäkologische Operationen

Zehn (26 %) der 39 geflüchteten Frauen gaben an, sich schon mindestens einer gynäkologischen Operation – hiervon war die Sectio ausgeschlossen – unterzogen zu haben. In der KG waren es nur acht (21 %) von 39 Frauen ( $p = 0,591$ ).

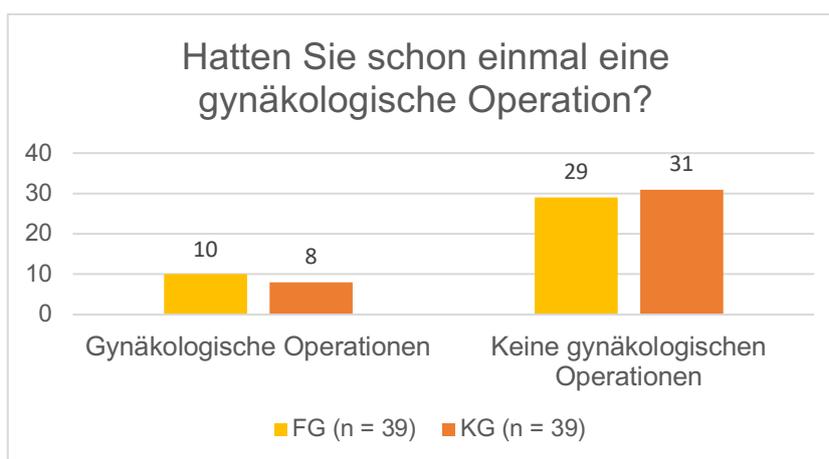


Abbildung 4: Gynäkologische Operationen

## Ergebnisse

Insgesamt wurde in beiden Gruppen zusammen 19-mal eine gynäkologische Operation angegeben, davon 10-mal in der FG und 9-mal in der KG.

In beiden Gruppen war die meistgenannte Operation die Entfernung eines gutartigen Tumors, in der FG kam außerdem noch die beidseitige Tubensterilisation dazu.

Bei der Frage nach den Operationen gab die FG sechs verschiedene Kategorien an, während es bei der KG nur vier waren.

*Tabelle 10: Gynäkologische Operationen*

<b>Gynäkologische Operationen</b>	<b>FG (n = 10)</b>	<b>KG (n = 8)</b>	<b>Gesamt</b>
Adnexektomie	1 (10 %)	0	1
Tubensterilisation	3 (30 %)	2 (25 %)	5
Segmentresektion/Mastektomie bei Mammakarzinom	1 (10 %)	2 (25 %)	3
Konisation bei CIN	1 (10 %)	0	1
Abortkürrettage	1 (10 %)	2 (25 %)	3
Entfernung eines gutartigen Tumors (z.B. Myome)	3 (30 %)	3 (38 %)	6
Anzahl an genannten Operationen insgesamt	10	9	19

*Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Befragten, die die Frage nach gynäkologischen Operationen bejahten*

### 3.2.2.7. Gynäkologische Familienanamnese

Neun deutsche Frauen (23 %) und fünf geflüchtete Frauen (12 %) wiesen eine positive gynäkologische Familienanamnese auf ( $p = 0,238$ ). Genannt wurden in beiden Gruppen nur benigne oder maligne Tumore, davon fünf in der FG und zehn in der KG. Mamma-, Ovarial- und Endometriumkarzinome wurden in der KG jeweils fünf-, zwei- und einmal und in der FG gar nicht genannt.

In der FG wurden in der Familienanamnese drei maligne sowie zwei benigne Erkrankungen und in der KG zehn maligne sowie eine benigne Erkrankung angegeben.

## Ergebnisse

Tabelle 11: Gynäkologische Familienanamnese

Gynäkologische Familienanamnese*	FG (n = 39)	KG (n = 39)	Gesamt
Uterus myomatosus	1	1	2
Gutartige Neubildung der Mamma (z.B. Fibroadenom)	1	0	1
Mammakarzinom	0	5	5
Unklare Lymphknotenmetastasen	2	0	2
Zervixkarzinom	1	2	3
Ovarialkarzinom	0	2	2
Endometriumkarzinom	0	1	1
Karzinomgeschehen in der Familie	5	11	16

\*p = 0,235

### 3.2.2.8. Sexualanamnese, Kinderwunsch und Verhütungsmethoden

Sechs Frauen in der FG (15 %) und drei Frauen in der KG (< 1 %) hatten noch keinen penetrativen Geschlechtsverkehr (p = 0,481). Das durchschnittliche Alter der Frauen ohne penetrativen Geschlechtsverkehr in der Anamnese betrug in beiden Gruppen 23 Jahre.

Sieben von 39 Frauen in der FG (18 %) und drei von 39 Frauen in der KG (< 1 %) gaben einen aktuellen Kinderwunsch an. Das durchschnittliche Alter beider Gruppen mit Kinderwunsch betrug für die FG 34 und für die KG 37 Jahre (p = 0,340). Auch wenn das Ergebnis nicht signifikant war, ließ es dennoch darauf schließen, dass in dieser Studienpopulation die deutschen Frauen später einen Kinderwunsch äußerten als die geflüchteten Frauen.

Das Balkendiagramm schließt alle sexuell aktiven Frauen ein (indirekt erfragt durch die Frage nach dem Beziehungsstatus) und alle nicht sexuell aktiven Frauen aus (FG: n = 26, KG: n = 30). Während nur 10 % der deutschen Frauen angaben, nicht zu verhüten, belief sich die Zahl in der FG auf 58 %. Die unzureichende Verhütungsmethode Coitus interruptus wurde hier eingeschlossen.

## Ergebnisse

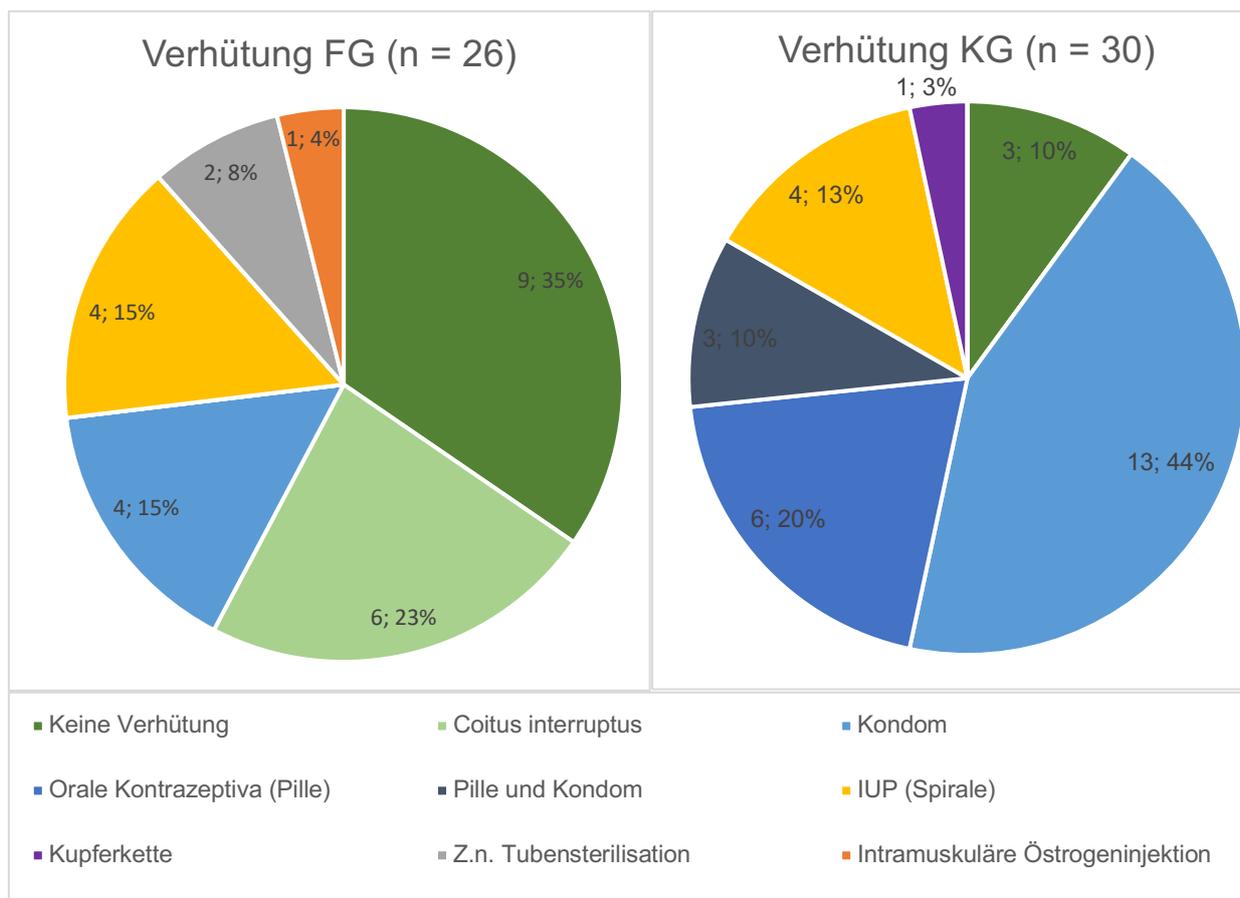


Abbildung 5: Verhütungsmethoden aller sexuell aktiven Frauen in beiden Gruppen

Bei sexuell aktiven Frauen, die nicht mehr gebärfähig sind oder einen Kinderwunsch haben, ist die logische Schlussfolgerung, beim GV mit dem Partner auf Verhütungsmittel zu verzichten. Das folgende Balkendiagramm schließt nur die 37 Frauen ein, die angaben, sexuell aktiv zu sein (indirekt erfragt durch Frage nach dem Beziehungsstatus), keinen Kinderwunsch zu haben und noch nicht in der Postmenopause zu sein (FG: n = 18, KG: n = 19).

35 % der geflüchteten Frauen verhüteten überhaupt nicht und 25 % verwendeten die veraltete und unsichere Verhütungsmethode Coitus interruptus, sodass insgesamt 60 % der gebärfähigen Frauen trotz Partnerschaft und nichtgewollter Schwangerschaft gar nicht oder unzureichend verhüteten.

## Ergebnisse

In der KG verhüteten hingegen alle gebärfähigen Frauen mit Partner und ohne Kinderwunsch. In beiden Analysen wurde von der KG kein einziges Mal die unaufgeklärte Variante „Coitus interruptus“ genannt. Insgesamt gab es zwischen der FG und der KG einen signifikanten Unterschied bei der Anzahl der Frauen, die verhüteten ( $p < 0,001$ ).

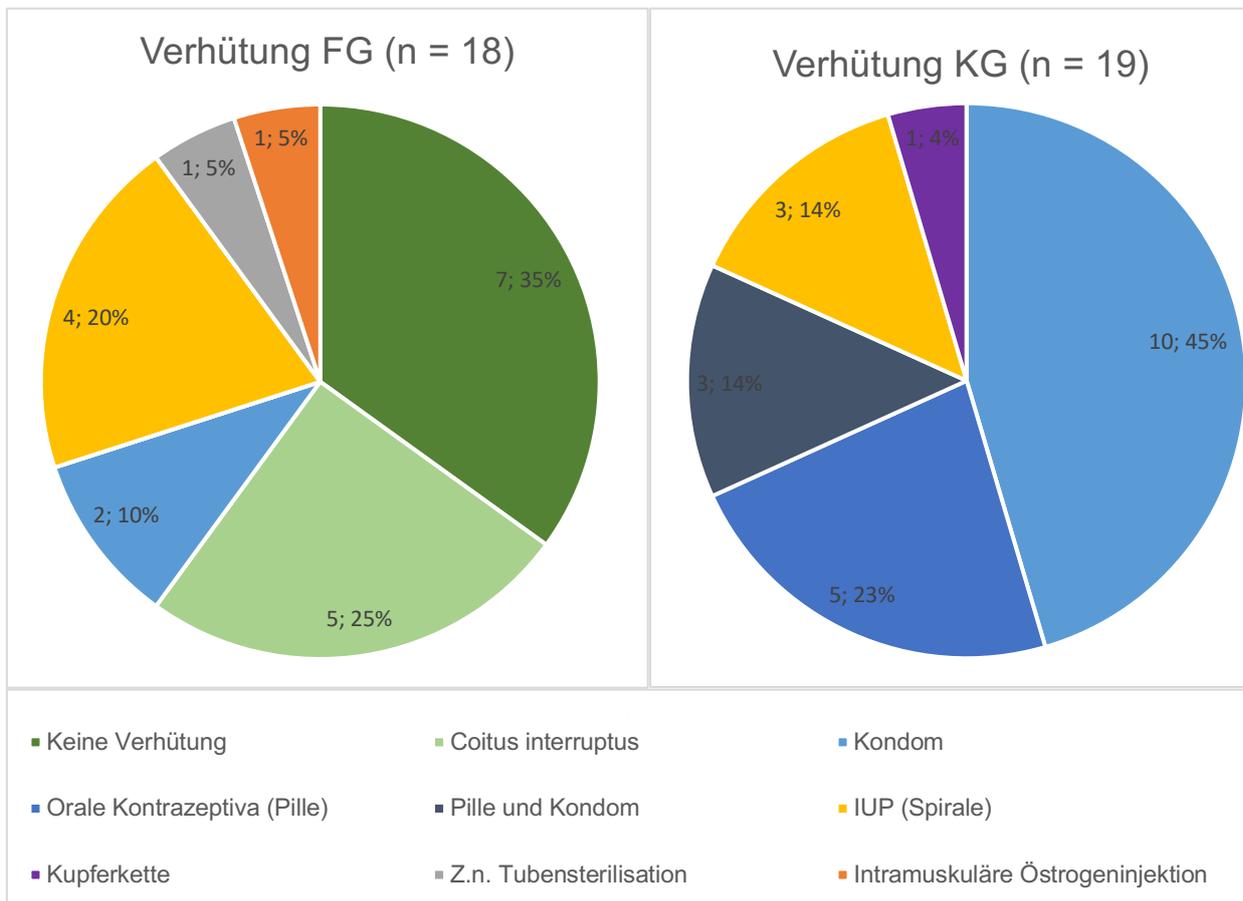


Abbildung 6: Verhütungsmethoden sexuell aktiver Frauen ohne Kinderwunsch, die noch nicht in der Postmenopause sind in beiden Gruppen

### 3.2.2.9. Letzte gynäkologische Untersuchung und HPV-Impfung

Insgesamt haben sich jeweils sechs von 39 Frauen in der FG und eine von 39 Frauen in der KG noch nie gynäkologisch untersuchen lassen ( $p = 0,108$ ). Der Mittelwert der letzten gynäkologischen Untersuchung bei den Frauen, die sich schon einmal einer Untersuchung unterzogen haben, lag in der FG mit 486 Tagen ( $SD = 1117$ ) weit über einem Jahr und in der KG mit 227 Tagen ( $SD = 182$ ) unter einem Jahr ( $p = 0,196$ ). Dabei fiel besonders in der FG die sehr hohe Standardabweichung auf. Der Median war jedoch mit 90 Tagen reziprok in der FG niedriger als mit 170 Tagen in der KG ( $p = 0,218$ ). Auch die

## Ergebnisse

Perzentilangaben waren niedriger; 75 % in der FG hatten ihre letzte Untersuchung vor 270 oder weniger Tagen, während 75 % in der KG ihre letzte Untersuchung vor 400 oder weniger Tagen hatten. Dass sich im Durchschnitt (Mittelwert) die FG trotzdem seit längerer Zeit nicht mehr einer gynäkologischen Untersuchung unterzogen hat als die KG, könnte durch die hohe Standardabweichung (SD) in der FG erklärt werden. Diese unterstreicht, dass es in der FG mehr Ausreißer gab und die Werte mehr gestreut haben (Range 0 - 5840) als in der KG. Grund dafür könnte sein, dass die geflüchteten Frauen aus dieser Studie ihre erste gynäkologische Untersuchung seit langem in den Notunterkünften wegen einer ausgeprägten Beschwerdesymptomatik bekommen haben, während andere weiterhin keine Untersuchung wollten. In der KG waren die Werte konstant, wenn die Frauen regelmäßiger an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben (Range 0 - 700).

*Tabelle 12: Letzte gynäkologische Untersuchung*

<b>Letzte gynäkologische Untersuchung</b>							
	Mean*	SD	Median	Min	Max	25P	75P
FG (n = 33)	486 / 16	1117 / 37	90 / 3	0	5840 / 195	42 / 1	270 / 9
KG (n = 38)	227 / 8	182 / 6	170 / 6	0	700 / 23	60 / 2	400 / 13

Alle Werte sind Tage/Monate; \*p = 0,196

Die meisten geflüchteten Frauen (51 %) haben sich in den letzten drei Monaten gynäkologisch untersuchen lassen. In der KG war die größte Gruppe diejenige, die sich im letzten Jahr gynäkologisch untersuchen lassen hat (36 %). Trotzdem war die Zahl derjenigen, die vor über fünf Jahren oder noch nie an einer Untersuchung teilgenommen haben, in der FG mit neun Frauen (23 %) signifikant höher als in der KG mit einer Frau (3 %) ( $p = 0,007$ ).

## Ergebnisse

Tabelle 13: Letzte gynäkologische Untersuchung gruppiert

Letzte gynäkologische Untersuchung	FG (n = 39)	KG (n = 39)
noch nie	6 (15 %)	1 (3 %)
in den letzten drei Monaten	20 (51 %)	12 (31 %)
im letzten Jahr	6 (15 %)	14 (36 %)
in den letzten fünf Jahren	4 (10 %)	12 (31 %)
vor über fünf Jahren*	3 (8 %)	0 (0 %)

\*p = 0,007

18 der 39 (46 %) geflüchteten Frauen und zehn der 39 (26 %) deutschen Frauen haben sich anamnestisch gegen HPV impfen lassen (p = 0,059). Dieses Ergebnis der FG erschien sehr hoch und sollte mit Vorsicht interpretiert werden. Da in den Anamnesegesprächen nur mittels Fragebogen erhoben wurde, ob die Frauen gegen HPV geimpft wurden, könnte ein Verständnisfehler vorliegen. Es kann sein, dass die Frauen in den Notunterkünften gegen andere virale Erkrankungen geimpft wurden und sie deswegen die Frage nach der Impfung bejahten. Außerdem ging aus der Erhebung nicht hervor, wann und mit welchem Impfstoff die Impfung erfolgte und ob sie vollständig war.

Tabelle 14: HPV-Impfung aller Frauen

		FG (n = 39)	KG (n = 39)
<b>Erfolgte HPV-Impfung*</b>	Nein	21 (54 %)	29 (74 %)
	Ja	18 (46 %)	10 (26 %)

\*p = 0,059

Da die offizielle Empfehlung für die Impfung aber erst 2007 von der STIKO ausgesprochen wurde und im besten Fall vor dem ersten GV vollzogen werden sollte, ergab es Sinn, nur die Durchimpfungsrate der Frauen bis 30 Jahre zu vergleichen. In dieser Altersgruppe kehrte sich die Durchimpfungsrate um; 60 % in der KG und nur 40 % in der FG waren geimpft (p = 0,273).

### 3.3. Psychischer Gesundheitszustand

Der psychische Gesundheitszustand wurde abgefragt, indem nach psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie nach regelmäßiger psychiatrischer Medikamenteneinnahme (Antidepressiva, Antipsychotika) gefragt wurde. Da psychosomatische Erkrankungen aber nur schwer abgefragt werden können (in beiden Gruppen wurde kein einziges Mal die psychosomatische Erkrankung genannt), soll später noch genauer auf Vorerkrankungen im Allgemeinen eingegangen werden und sollen diese, wenn möglich, in einem psychosomatischen Kontext betrachtet werden.

In beiden Gruppen wurde von jeweils drei (8 %) der befragten Frauen eine psychische Erkrankung (Depression, Angststörung) und eine Antidepressiva-Einnahme angegeben. In der FG wurde zusätzlich einmal (3 %) eine Antipsychotika-Einnahme bejaht.

*Tabelle 15: Psychischer Gesundheitszustand*

<b>Psychischer Gesundheitsstatus</b>	<b>FG</b>	<b>KG</b>
Psychische Erkrankungen	3 (8 %)	3 (8 %)
Psychosomatische Erkrankungen	0 (0 %)	0 (0 %)
Regelmäßige Antidepressiva-Einnahme	3 (8 %)	3 (8 %)

Für beide Gruppen gilt jeweils n = 39

#### 3.3.1. Zusammenhang psychischer und gynäkologischer Beschwerden

Folgende Tabelle stellt einen möglichen Zusammenhang zwischen psychischen und gynäkologischen Beschwerden dar.

In der FG haben alle drei Frauen mit psychischen Beschwerden auch gynäkologische Beschwerden angegeben. In der KG hat nur eine der drei Frauen mit psychischen Beschwerden auch gynäkologische Beschwerden genannt.

Trotz der kleinen Fallzahl kann man sich anhand dieser Ergebnisse die Frage stellen, ob bei den geflüchteten Frauen psychische Beschwerden eher durch somatische (hier gynäkologische) Symptome zum Ausdruck gebracht wurden. Konkrete Aussagen dazu sind in Anbetracht der geringen Repräsentativität der Studie jedoch nicht möglich und sollten

## Ergebnisse

Bestandteil zukünftiger Erhebungen sein. Darauf soll in der Diskussion noch einmal genauer eingegangen werden.

Tabelle 16: Zusammenhang zwischen psychischen und gynäkologischen Beschwerden

	FG mit gynäkologischen Beschwerden		KG mit gynäkologischen Beschwerden	
	Nein	Ja	Nein	Ja
Keine psychische Erkrankung	11 (28 %)	25 (64 %)	26 (67 %)	10 (26 %)
Psychische Erkrankung	0	3 (8 %)	2 (5 %)	1 (2,5 %)

### 3.4. Allgemeiner Gesundheitszustand

#### 3.4.1. Vegetativanamnese

##### 3.4.1.1. Nikotin- und Alkoholkonsum

In der FG gaben signifikant weniger Frauen an zu rauchen ( $p = 0,018$ ) oder Alkohol zu trinken ( $p < 0,001$ ) als in der KG.

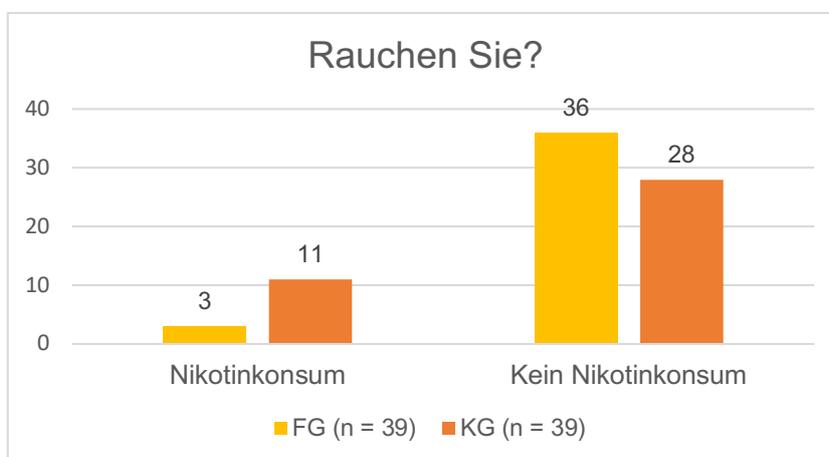


Abbildung 7: Nikotinkonsum

## Ergebnisse

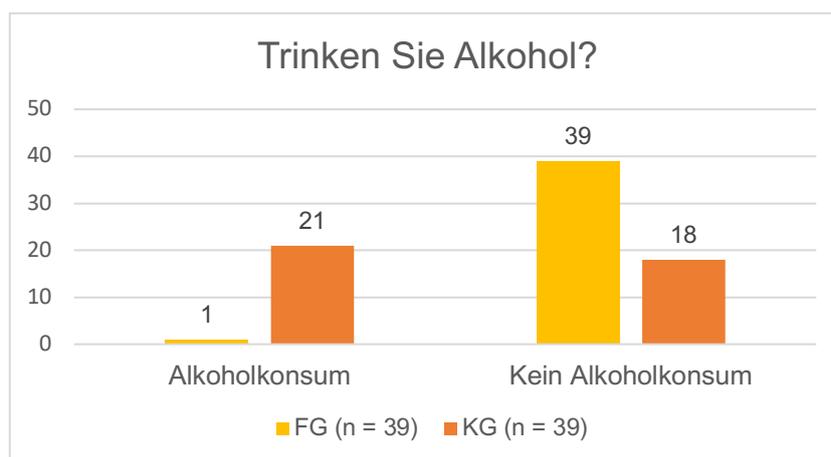


Abbildung 8: Alkoholkonsum

Die drei rauchenden geflüchteten Frauen gaben an, zwischen sechs und 15 Zigaretten täglich zu rauchen. Die zehn rauchenden deutschen Frauen äußerten, zwischen einer und zehn Zigaretten täglich zu rauchen. Die einzige alkoholtrinkende geflüchtete Frau gab an, nur monatlich Alkohol zu konsumieren. Die meisten alkoholtrinkenden deutschen Frauen antworteten, wöchentlich Alkohol zu konsumieren.

Tabelle 17: Nikotinkonsum

Nikotinkonsum	Kein Konsum	≤ 5	≤ 10	≤ 15	≤ 20	≥ 20
FG (n = 39)	36 (92 %)	0 (0 %)	2 (5 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
KG (n = 39)	27 (69 %)	5 (13 %)	7 (18 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Alle Werte sind Stückzahlen (Prozentsätze)

Tabelle 18: Alkoholkonsum

Alkoholkonsum	Kein Konsum	jährlich	monatlich	wöchentlich	täglich
FG (n = 39)	38 (97 %)	0 (0 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
KG (n = 39)	18 (46 %)	0 (0 %)	5 (13 %)	15 (39%)	1 (3 %)

### 3.4.2. Vorerkrankungen

Es gaben mit 46 % signifikant mehr als doppelt so viele geflüchtete Frauen an unter Vorerkrankungen zu leiden als mit 21 % das deutsche KK ( $p = 0,016$ ).

## Ergebnisse

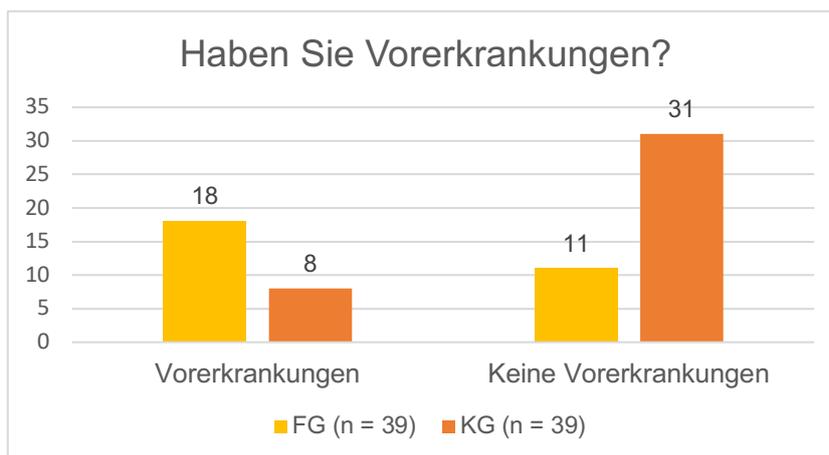


Abbildung 9: Vorerkrankungen

Insgesamt haben 26 Frauen geäußert, an Vorerkrankungen zu leiden, darunter 18 geflüchtete Frauen und acht deutsche Frauen.

Die größte Kategorie in der FG war die der neurologischen Erkrankungen. 33 % der Frauen mit Vorerkrankungen gaben an, unter neurologischen Erkrankungen zu leiden (Migräne oder chronischer Kopfschmerz). An zweiter Stelle standen Erkrankungen des Bewegungsapparats (chronische Rückenschmerzen, HWS-Syndrom) und Mangelkrankungen (Eisenmangelanämie). In absteigender Reihenfolge gaben die Frauen seltener an: psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts, pulmonologische oder rheumatische Erkrankungen. Jeweils eine geflüchtete Frau hat Diabetes mellitus, thromboembolische Erkrankungen, Infektionskrankheiten, sexuell übertragbare Erkrankungen (STD) oder endokrinologische Erkrankungen genannt.

In der KG war die größte Kategorie die der endokrinologischen Erkrankungen (Hypothyreose), 50 % der Frauen mit Vorerkrankungen gaben eine endokrinologische Erkrankung an. 38 % der Frauen nannten psychische und 25 % thromboembolische Erkrankungen. Am seltensten waren Diabetes mellitus, pulmonologische Erkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparats.

Die folgende Tabelle enthält Zahlen und Werte bezogen auf die Frauen, die die Frage nach Vorerkrankungen bejaht hatten.

## Ergebnisse

Tabelle 19: Anzahl der Frauen mit Vorerkrankungen und Art der Vorerkrankungen

Vorerkrankungen	FG (n = 39)	KG (n = 39)	Gesamt
Diabetes mellitus Typ 1 oder 2	1 (6 %)	1 (13 %)	2
Thromboembolische Erkrankungen	1 (6 %)	2 (25 %)	3
Pulmologische Erkrankungen	2 (11 %)	1 (13 %)	3
Infektionskrankheiten	1 (6 %)	0 (0 %)	1
STD	1 (6 %)	0 (0 %)	1
Psychische Erkrankungen	3 (17 %)	3 (38 %)	6
Erkrankungen des Bewegungsapparats	4 (22 %)	1 (13 %)	5
Neurologische Erkrankungen	6 (33 %)	0 (0 %)	6
Mangelerkrankungen	4 (22 %)	0 (0 %)	4
Rheumatische Erkrankungen	2 (11 %)	0 (0 %)	2
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts	2 (12 %)	0 (0 %)	2
Endokrinologische Erkrankungen	1 (6 %)	4 (50 %)	5
Gesamt	18	8	26

*Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Befragten, die die Frage nach Vorerkrankungen bejahten. Alle Werte sind Medianwerte (Prozentsätze).*

Bezogen auf die Vorerkrankungen war bei der Beantwortung der Fragen eine Mehrfachauswahl möglich. In der FG wurden 28 und in der KG zwölf Erkrankungen genannt, so dass insgesamt 40-mal eine Vorerkrankung genannt wurde. Die mediane Anzahl an genannten Vorerkrankungen war in der FG signifikant höher ( $p = 0,011$ ).

Die Hälfte aller genannten Erkrankungen bei den geflüchteten Frauen waren neurologische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats oder Mangelerkrankungen. Bei den deutschen Frauen gehörten endokrinologische (Hypothyreose) und psychische Erkrankungen (Depression) mit 58 % zu den meistgenannten Erkrankungen. In der FG wurden zwölf und in der KG nur sechs verschiedene Erkrankungsarten angegeben.

Die zweite Tabelle enthält Zahlen und Prozente bezogen auf die Anzahl an genannten Erkrankungen insgesamt, da eine Mehrfachauswahl möglich war.

## Ergebnisse

Tabelle 20: Anzahl an genannten Vorerkrankungen insgesamt

Vorerkrankungen	FG (n = 39)	KG (n = 39)	Gesamt
Diabetes mellitus Typ 1 oder 2	1 (4 %)	1 (8 %)	2
Thromboembolische Erkrankungen	1 (4 %)	2 (17 %)	3
Pulmologische Erkrankungen	2 (7 %)	1 (8 %)	3
Infektionskrankheiten	1 (4 %)	0 (0 %)	1
STD	1 (4 %)	0 (0 %)	1
Psychische Erkrankungen	3 (11 %)	3 (25 %)	6
Erkrankungen des Bewegungsapparats	4 (14 %)	1 (8 %)	5
Neurologische Erkrankungen	6 (21 %)	0 (0 %)	6
Mangelerkrankungen	4 (14 %)	0 (0 %)	3
Rheumatische Erkrankungen	2 (7 %)	0 (0 %)	2
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts:	2 (7 %)	0 (0 %)	2
Endokrinologische Erkrankungen	1 (4 %)	4 (33 %)	5
Gesamt*	28	12	40

*Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf der Anzahl der Nennungen insgesamt. Alle Werte sind Medianwerte (Prozentsätze); \*p = 0,11*

### 3.4.3. Voroperationen

Es gaben im Vergleich zum deutschen KK weniger als die Hälfte der geflüchteten Frauen an, sich schon einmal einer Operation unterzogen zu haben, was einem signifikanten Unterschied entsprach ( $p = 0,022$ ).

## Ergebnisse

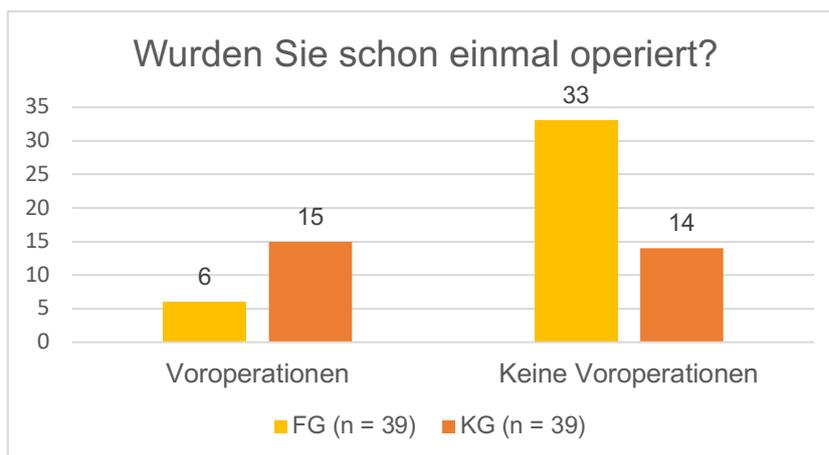


Abbildung 10: Voroperationen

Die folgende Tabelle enthält Zahlen und Werte bezogen auf die Frauen, die die Frage nach nichtgynäkologischen Voroperationen bejaht hatten. Die Hälfte der geflüchteten Frauen mit Voroperationen hatte orthopädische und unfallchirurgische Operationen. In der KG haben sich mehr als die Hälfte der Frauen mit Voroperationen schon einmal einer allgemein-, viszeral- oder gefäßchirurgischen Operation unterzogen.

Tabelle 21: Anzahl der Frauen mit Voroperationen und Art der Voroperationen

Operationen	FG (n = 39)	KG (n = 39)	Gesamt
Tonsillektomie	0 (0 %)	4 (27 %)	4
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	0 (0 %)	2 (13 %)	2
Kosmetische Operation / Plastische Chirurgie	1 (17 %)	1 (7 %)	2
Orthopädische und unfallchirurgische Operation	3 (50 %)	1 (7 %)	4
Allgemein-, viszeral-, gefäßchirurgische Operation	2 (33 %)	8 (53 %)	9
Gesamt	6	15	21

Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Befragten, die die Frage nach Vorerkrankungen bejahten. Alle Werte sind Medianwerte (Prozentsätze).

Die nächste Tabelle enthält Zahlen und Prozente bezogen auf die Anzahl an genannten nichtgynäkologischen Operationen insgesamt, da eine Mehrfachauswahl möglich war.

Insgesamt wurde in beiden Gruppen zusammen 22-mal eine nichtgynäkologische Operation angegeben, davon 16-mal in der KG und nur 6-mal in der FG.

## Ergebnisse

Die mediane Anzahl an genannten Voroperationen war in der FG signifikant geringer ( $p = 0,021$ ). Die Hälfte aller genannten Operationen (50 %) bei den geflüchteten Frauen war orthopädischer und unfallchirurgischer Natur. Bei den deutschen Frauen machten allgemein-, viszeral- und gefäßchirurgische Operationen die Hälfte aller genannten Operationen (50 %) aus. In der FG wurden drei und in der KG fünf verschiedene Operationskategorien genannt.

Tabelle 22: Anzahl der genannten Voroperationen insgesamt

Operationen	FG (n = 39)	KG (n = 39)	Gesamt
Tonsillektomie	0 (0 %)	4 (25 %)	4
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	0 (0 %)	2 (13 %)	2
Kosmetische Operation / Plastische Chirurgie	1 (17 %)	1 (6 %)	2
Orthopädische und unfallchirurgische Operation	3 (50 %)	1 (6 %)	4
Allgemein-, viszeral-, gefäßchirurgische Operation	2 (33 %)	8 (50 %)	10
Gesamt*	6	16	22

Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf der Anzahl der Nennungen insgesamt. Alle Werte sind Medianwerte (Prozentsätze); \* $p = 0,021$

### 3.4.4. Medikamenteneinnahme

14 der 39 geflüchteten Frauen (36 %) und zehn der 39 deutschen Frauen (26 %) bejahten eine regelmäßige Medikamenteneinnahme ( $p = 0,326$ ).

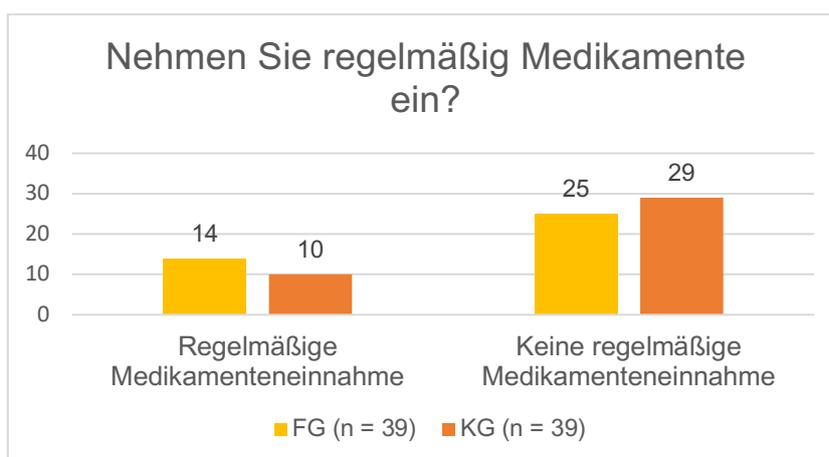


Abbildung 11: Regelmäßige Medikamenteneinnahme

## Ergebnisse

Die folgende Tabelle enthält Zahlen und Werte bezogen auf die Frauen, die die Frage nach einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme bejaht hatten. In der FG gab die Mehrheit der Frauen (57 %) mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme Analgetika oder Antidepressiva an. In der KG gaben alle Frauen, die eine regelmäßige Medikamenteneinnahme bejahten, eine L-Thyroxin-, Antidepressiva- oder Antihypertensivaeinnahme an.

*Tabelle 23: Anzahl der Frauen mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme und Art der Medikamente*

<b>Regelmäßige Medikamenteneinnahme</b>	FG (n = 39)	KG (n = 39)	Gesamt
Analgetika	5 (36 %)	1 (10 %)	6
Antihypertensiva	0 (0 %)	3 (30 %)	3
Bisphosphonate	0 (0 %)	1 (10 %)	1
Antidepressiva	3 (21 %)	3 (30 %)	6
Antipsychotika	1 (7 %)	0 (0 %)	1
Antiasthmatische Medikamente	0 (0 %)	1 (10 %)	1
L-Thyroxin	1 (7 %)	4 (40 %)	5
Eisensubstitution	2 (14 %)	0 (0 %)	2
Proteinpumpeninhibitoren	1 (7 %)	0 (0 %)	1
Antihistaminika	2 (14 %)	0 (0 %)	2
Antidiabetika	1 (7 %)	1 (10 %)	2
Anticholinergika	1 (7 %)	0 (0 %)	1
<b>Gesamt</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>24</b>

*Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Befragten, die die Frage nach Vorerkrankungen bejahten. Alle Werte sind Medianwerte (Prozentsätze).*

Die nächste Tabelle enthält Zahlen und Prozente bezogen auf die Anzahl an genannten Medikamenten insgesamt, da eine Mehrfachauswahl möglich war.

Insgesamt wurde in beiden Gruppen zusammen 31-mal ein Medikament angegeben, davon 17-mal in der FG und 14-mal in der KG. In der FG waren die meistgenannten Medikamente Analgetika und Antidepressiva. In der KG waren die meistgenannten Medikamente L-Thyroxin, Antihypertonika und Antidepressiva.

## Ergebnisse

Die mediane Anzahl an genannten Medikamenten unterscheidet sich in beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $p = 0,363$ ).

In der FG wurden neun und in der KG sieben verschiedene Medikamentenklassen genannt.

Tabelle 24: Anzahl der genannten Medikamente insgesamt

Regelmäßige Medikamenteneinnahme	FG (n = 39)	KG (n = 39)	Gesamt
Analgetika	5 (29 %)	1 (7 %)	6
Antihypertonika	0 (0 %)	3 (21 %)	3
Bisphosphonate	0 (0 %)	1 (7 %)	1
Antidepressiva	3 (18 %)	3 (21 %)	6
Antipsychotika	1 (6 %)	0 (0 %)	1
Antiasthmatische Medikamente	0 (0 %)	1 (7 %)	1
L-Thyroxin	1 (6 %)	4 (29 %)	5
Eisensubstitution	2 (12 %)	0 (0 %)	2
Proteinpumpeninhibitoren	1 (6 %)	0 (0 %)	1
Antihistaminika	2 (12 %)	0 (0 %)	2
Antidiabetika	1 (6 %)	1 (7 %)	2
Anticholinergika	1 (6 %)	0 (0 %)	1
Gesamt*	17	14	31

Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf der Anzahl der Nennungen insgesamt. Alle Werte sind Medianwerte (Prozentsätze); \* $p = 0,363$

### 3.5. Soziale Situation

#### 3.5.1. Religiosität

In beiden Gruppen wurde eine bestehende Religiosität erfragt. In der KG gaben mit nur 51 % signifikant weniger Frauen an gläubig zu sein als mit 95 % in der FG ( $p < 0,001$ ). Von allen erfragten Glaubensrichtungen wurden nur das Christentum und der Islam genannt, wobei die islamische Glaubensrichtung signifikant öfter angegeben wurde ( $p < 0,001$ ).

## Ergebnisse

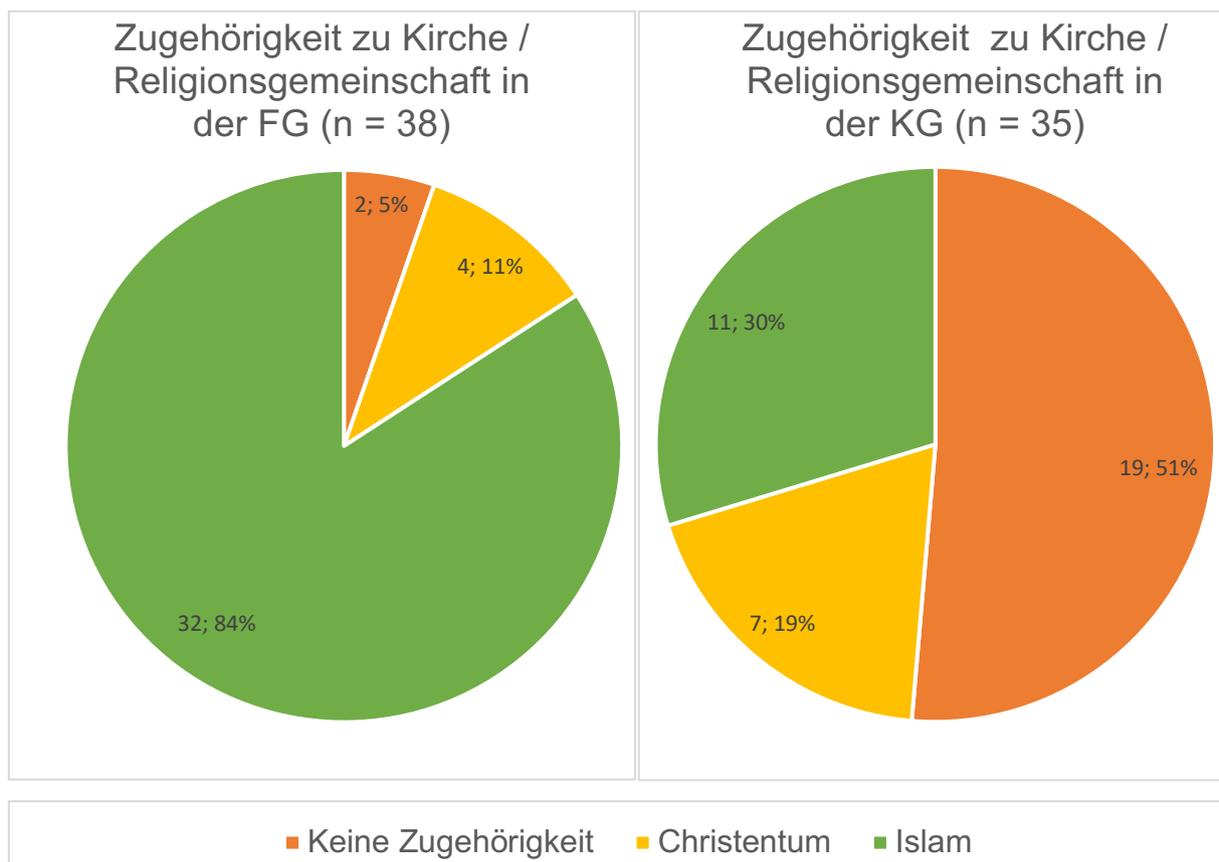


Abbildung 12: Zugehörigkeit zu einer Kirche oder Religionsgemeinschaft

### 3.5.2. Herkunftsland

In der FG wurde zusätzlich das Herkunftsland erfragt. Die meisten Frauen (67 %) kamen aus Afghanistan. Nur 8 % kamen aus dem Iran und jeweils 5 % aus dem Irak, Syrien und aus Serbien. 3 % kamen jeweils aus Äthiopien, Pakistan und Turkmenistan und der Ukraine.

### 3.5.3. Beziehungsstatus

Bezüglich des Beziehungsstatus der befragten Frauen gab es erhebliche Unterschiede. 27 der 37 geflüchteten Frauen (73 %) gaben an verheiratet zu sein und keine einzige äußerte in einer Partnerschaft zu leben. Vier der 27 verheirateten Frauen waren 25 Jahre alt oder jünger. In der KG war die größte Gruppe mit 18 Frauen (46 %) die der ledigen Frauen. Darauf folgten die verheirateten und die in Partnerschaft lebenden Frauen. Ein

## Ergebnisse

Fokus zukünftiger Erhebungen könnte sein zu erfassen, inwiefern kulturelle, soziale und religiöse Unterschiede das Alter der Eheschließung beeinflussen.

*Tabelle 25: Beziehungsstatus*

<b>Beziehungsstatus</b>	<b>FG (n = 37)</b>	<b>KG (n = 39)</b>
In Partnerschaft lebend	0 (0 %)	5 (13 %)
Ledig	6 (16 %)	18 (46 %)
Verheiratet	27 (73 %)	14 (36 %)
Geschieden	3 (8 %)	1 (3 %)
Verwitwet	1 (3 %)	1 (3 %)

### 3.5.4. Situation in Deutschland

Die (soziale) Situation in Deutschland wurde lediglich für die FG erfragt. Die meisten geflüchteten Frauen lebten mit Ehemann und Kindern in Deutschland. Die sechs ledigen Frauen gaben an, mit Eltern und/oder Geschwistern in Deutschland zu leben. Fünf der 27 verheirateten Frauen antworteten, ohne ihren Mann und nur mit ihren Kindern in Deutschland zu sein.

Durchschnittlich lebten die Frauen bei der Befragung schon 37 Monate in Deutschland (SD +/- 99). Der Median betrug lediglich elf Monate. Die Flüchtlingseinrichtungen in Deutschland gelten eigentlich als Notunterkünfte und Erstaufnahmeeinrichtungen, in denen die Geflüchteten nicht länger als drei Monate bleiben sollten (88). Die Werte von 37 und elf Monaten liegen dementsprechend weit über dieser Leitlinie.

## Ergebnisse

Tabelle 26: Situation in Deutschland bei der FG

Wie ist der Beziehungsstatus?	Mit wem sind Sie in Deutschland?				Gesamt
	Mit Ehemann und Kindern	Nur mit Kindern	Nur mit Ehemann	Mit Eltern und/oder Geschwistern	
Ledig	-	0	-	6	6
Verheiratet	18	5	3	0	26
Geschieden	2	1	0	0	3
Verwitwet	-	1	-	0	1
Gesamt	20	7	3	6	36

n = 36

### 3.6. Gynäkologische Untersuchung

Die gynäkologische Untersuchung wurde nur an den geflüchteten Frauen durchgeführt. Insgesamt haben 29 der 39 Frauen in der FG an der gynäkologischen Untersuchung teilgenommen. So ergaben sich zwei Untergruppen: die Gruppe, die nur den Anamnesebogen ausgefüllt hat, und die Gruppe, die sowohl den Fragebogen ausgefüllt als auch an der gynäkologischen Untersuchung teilgenommen hat. Gründe für die Nichtdurchführung der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung waren entweder die bestehende Regelblutung der Patientin oder die Ablehnung der Patientin gegenüber der Untersuchung. Nicht immer wurde hier ein Grund für die Ablehnung genannt, meistens war es jedoch die Tatsache, dass die Frau noch keinen penetrativen GV hatte. Das erklärt auch, warum die Frauen ohne gynäkologische Untersuchung im Durchschnitt jünger waren und weniger Kinder hatten. Daher ergab es Sinn, zumindest für einige Variablen eine Gegenüberstellung von Patientinnen mit und ohne penetrativen GV in der Anamnese durchzuführen. Auch hier fiel wieder auf, dass sowohl das Alter als auch der BMI bei den Patientinnen ohne penetrativen GV und den Nur-Befragung-Patientinnen wesentlich geringer ausfielen. Auffällig war außerdem, dass die Werte „Kein penetrativer GV in der Anamnese“ und „Nur Befragung“ sowie „Penetrativer GV in der Anamnese“ und „Befragung + Untersuchung“ kaum voneinander abwichen, was wiederum darauf schließen ließ, dass die geflüchteten Frauen, welche eine erstmalige gynäkologische Untersuchung ablehnten, vor

## Ergebnisse

allem den Grund hatten, dass sie noch keinen penetrativen GV hatten und die gynäkologische Untersuchung per se gerade anfangs mit Scham und Angst vor Schmerzen behaftet ist.

### 3.6.1. HPV-Diagnostik

Die HPV-Diagnostik wurde nur in der FG durchgeführt. 29 der 39 Frauen haben sich im Rahmen der Studie einer HPV-Diagnostik unterzogen. Davon hatten keine Frau eine LR-HPV-Infektion und fünf Frauen (17 %) eine oder mehrere HR-HPV-Infektionen. Es lagen Co-Infektionen mit multiplen Infektionen mit mehreren Genotypen vor. Die höchste HPV-Rate war mit 14 % die HPV-16-Infektion.

*Tabelle 27: HPV-Raten in der FG*

<b>HPV-Raten FG</b>	<b>n = 29</b>
LR-HPV-Infektion	0 (0 %)
HR-HPV-Infektion	5 (17 %)
HPV-16-Infektion	4 (14 %)
HPV-18-Infektion	1 (3 %)
HPV-52-Infektion	1 (3 %)
HPV-66-Infektion	2 (7 %)

*Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den geflüchteten Frauen, die eine HPV-Diagnostik hatten.*

Von den insgesamt acht HR-HPV-Infektionen waren vier HPV-16-Infektionen (50 %), zwei HPV-66-Infektionen (25 %) und eine HPV-18-Infektion (12,5 %) sowie eine HPV-52-Infektion (12,5%). Von den insgesamt fünf HPV-positiven Frauen waren 80 % HPV-16-positiv, 40 % HPV-66-positiv und jeweils 20 % HPV-18- und HPV-52-positiv.

## Ergebnisse

Tabelle 28: HPV-Raten in der FG: dichotome Tabelle

HPV-Raten, dichotome Tabelle (n = 29)	Anzahl	Prozent der Fälle
HPV-16-Infektion	4 (50 %)	80 %
HPV-52-Infektion	1 (13 %)	20 %
HPV-66-Infektion	2 (25 %)	40 %
HPV-18-Infektion	1 (13 %)	20 %
Gesamt	8 (100 %)	160 %

*Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den geflüchteten Frauen mit HPV-Infektion.*

Die HPV-Raten des Flüchtlingskollektivs wurden mit denen des deutschen KK anhand von Daten und Prävalenzen aus der Literatur verglichen, und zwar mit WHO-Daten (89). Auf dem Fact Sheet 2017 der WHO sind die HPV-Statistiken nicht für die gesamte Studienpopulation berechnet worden, sondern abhängig vom Pap-Status. Da alle HPV-positiven geflüchteten Frauen einen unauffälligen zytologischen Status hatten, konnten die HPV-Statistiken der deutschen Frauen mit normaler Zytologie als Vergleich verwendet werden. Die Daten aus dem WHO Fact Sheet sind als eine Referenz jedoch eine nicht klar definierbare Vergleichsgruppe. Diese Untersuchungsmethode mit einer anderen Fallzahlgruppe verringert die Aussagekraft der Ergebnisse zusätzlich zu der geringen Fallzahl.

Insgesamt waren die HPV-Raten der geflüchteten Frauen mit 17 % mehr als doppelt so hoch wie die in der WHO-Studie angegebenen HPV-Raten der deutschen Frauen mit 8 %. Alle HPV-Raten der geflüchteten Frauen der verschiedenen Genotypen waren höher als die in der Literatur angegebenen Raten. Die Unterschiede zwischen den HPV-16-Raten und HPV-66-Raten waren sogar signifikant.

Die Literatur gab auch geringe Raten von HPV-51-, -53-, -70-, -31-, -56- und -39-Infektionen an, die in der vorliegenden Arbeit nicht gefunden werden konnten.

## Ergebnisse

Tabelle 29: Vergleich der HPV-Raten zwischen FG und deutschen WHO-Daten (Fact Sheet 2017)

HPV-Raten	FG (n = 29)	Deutsche WHO-Daten	Signifikanz gemäß Test auf Binomialverteilung
HR-HPV-Infektion	17 %	8,2 %	p = 0,084
HPV-16-Infektion	14 %	2,5 %	p < 0,05
HPV-18-Infektion	3 %	0,7 %	p = 0,184
HPV-52-Infektion	3 %	0,9 %	p = 0,231
HPV-66-Infektion	7 %	1,9 %	p < 0,001
<u>Andere HPV-Typen:</u>			
HPV-51-Infektion	0 %	1,9 %	
HPV-53-Infektion	0 %	1,8 %	
HPV-70-Infektion	0 %	1,6 %	
HPV-31-Infektion	0 %	1,5 %	
HPV-56-Infektion	0 %	0,9 %	
HPV-39-Infektion	0 %	0,8 %	

### 3.6.1.1. Zusammenhang zwischen HPV-Infektion und abgefragten Variablen

Einige der Risikofaktoren für eine HPV-Infektion wurden in dem Anamnesebogen abgefragt: orale Kontrazeptiva, Multiparität, genitale Infektionen, Nikotinabusus sowie HIV-Infektion. Ein möglicher Zusammenhang zwischen diesen Risikofaktoren und einer HPV-Infektion wurde in der FG analysiert und wird hier dargestellt.

Es gab insgesamt fünf geflüchtete Frauen, die HPV-positiv waren. Keine der Frauen nahm orale Kontrazeptiva ein. Da aber insgesamt keine einzige Frau in der FG orale Kontrazeptiva nahm, ist dieser Risikofaktor nicht richtig untersuchbar gewesen.

Von den 16 Frauen mit Multiparität waren drei HPV-positiv (18 %).

Die jeweils einzigen Frauen mit einer genitalen Infektion beziehungsweise einer STD waren nicht HPV-positiv.

Von den zwei Frauen, die einen Nikotinkonsum bejaht hatten, war keine HPV-positiv.

Insgesamt könnte für diese Studienpopulation also nur bei dem Risikofaktor Multiparität ein Zusammenhang mit einer HPV-Infektion diskutiert werden.

## Ergebnisse

Tabelle 30: Zusammenhang zwischen HPV-Infektion und ihren Risikofaktoren

Risikofaktoren	Keine HPV-Infektion	HPV-Infektion
Orale Kontrazeptiva	0 (0 %)	0 (0 %)
Multiparität (> 3 Kinder)	13 (81 %)	3 (19 %)
Genitale Infektion	1 (100 %)	0 (0 %)
STD: HIV	1 (100 %)	0 (0 %)
Nikotinkonsum	2 (100 %)	0 (0 %)

*Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den geflüchteten Frauen mit jeweiligem vorhandenem Risikofaktor.*

Es wurde außerdem getestet, inwiefern eine HPV-Infektion mit folgenden anderen Variablen in Zusammenhang steht: Nichtgebrauch von Verhütungsmitteln, steigendes Alter, hoher BMI, HPV-Impfung, schlechte gynäkologische Versorgungssituation, welche indirekt über das Datum der letzten gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung abgefragt wurde.

Drei der 13 Frauen (23 %) mit unzureichender Verhütung hatten eine HPV-Infektion. Die Altersgruppe betreffend hatten vor allem Frauen zwischen 25 und 50 Jahren eine HPV-Infektion und nicht die älteren Frauen.

Drei der 16 Frauen (19 %) mit einem BMI über 25 hatten eine HPV-Infektion.

Eine von 4 Frauen (25 %), die sich seit mehr als fünf Jahren keiner gynäkologischen Untersuchung mehr unterzogen haben, hatte eine HPV-Infektion.

Vier von 18 Frauen (22 %) mit anamnestisch angegebener durchgeführter HPV-Impfung hatten eine HPV-Infektion. Von den fünf Frauen mit positivem HPV-Test gaben andererseits vier Frauen (80 %) an, gegen HPV geimpft worden zu sein. Diese Ergebnisse der Impfabfrage müssen indes mit Vorsicht interpretiert werden, weil bei unzureichendem Impfverständnis gegebenenfalls die Frage nach durchgeführter Impfung fälschlicherweise bejaht wurde.

## Ergebnisse

Tabelle 31: Zusammenhang zwischen HPV-Infektion und verschiedenen Variablen

Variablen		Keine HR-HPV-Infektion	HR-HPV-Infektion
<b>Wie verhüten Sie?</b>	Keine (ausreichende) Verhütung	10 (77 %)	3 (23 %)
<b>Altersgruppe</b>	25 oder jünger	3 (75 %)	1 (25 %)
	26-50	17 (81 %)	4 (19 %)
	51-75	4 (100 %)	0 (0 %)
<b>BMI zu hoch?</b>	Ja	13 (81 %)	3 (19 %)
<b>Letzte gynäkologische Untersuchung</b>	noch nie oder vor > 5 Jahren	3 (75 %)	1 (25 %)
<b>HPV-Impfung</b>	Ja	14 (78 %)	4 (22 %)

*Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den geflüchteten Frauen mit jeweiligem vorhandenem Risikofaktor.*

Jedoch war die Fallzahl dieser Studie so klein, dass keine finale Aussage zu möglichen Zusammenhängen getroffen werden kann.

### 3.6.2. Pap-Test

Der Pap-Abstrich wurde nur in der FG durchgeführt. In der FG haben sich 29 der 39 Frauen im Rahmen der Studie einem Pap-Test unterzogen. In der KG gaben 37 der 39 Frauen an, sich bei der letzten gynäkologischen Untersuchung einem Pap-Test unterzogen zu haben und sich an dessen Ergebnis noch erinnern zu können.

In beiden Gruppen gab es jeweils einen auffälligen Pap-Befund. Beide Frauen waren nicht gegen HPV geimpft. In der KG gab eine Frau an, bei der letzten gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung die Diagnose Pap-II gestellt bekommen zu haben, was laut Münchner Nomenklatur einem Befund mit eingeschränktem protektivem Wert gleich (73). In der FG ergab die Untersuchung einer Frau die Pap-Gruppe III-p mit der Empfehlung einer bioptischen Abklärung. Gemäß der Münchner Nomenklatur ist ein Pap-III-p ein unklarer beziehungsweise zweifelhafter Befund, bei dem eine CIN2, CIN3 oder ein Plattenepithelkarzinom nicht auszuschließen ist, sodass weitere Diagnostik nötig ist (75). Die geflüchtete Frau mit dem pathologischen Pap-Befund wurde in der Studie dennoch HPV-negativ getestet.

## Ergebnisse

### 3.6.3. Brustuntersuchung

Die Brusttastuntersuchung wurde nur in der FG durchgeführt. In der KG wurden auffällige Brustuntersuchungsbefunde anamnestisch abgefragt. In der FG waren alle 39 Brusttastuntersuchungen unauffällig. In der KG gab eine der 38 Frauen, die sich schon einmal einer Brusttastuntersuchung unterzogen haben, an, bei der letzten gynäkologischen Untersuchung einen auffälligen Tastbefund mitgeteilt bekommen zu haben, welcher radiologisch abgeklärt wurde. Dieser Unterschied war nicht signifikant.

## **4. Diskussion**

Im Mittelpunkt der Arbeit standen die Auswertung des gynäkologischen und allgemeinmedizinischen Fragebogens der Flüchtlingsgruppe und der Kontrollgruppe sowie die gynäkologische Untersuchung der geflüchteten Frauen. Ziel war es, Aussagen zur Verbesserung der Gesundheits- und Lebenssituation von geflüchteten Frauen – mit besonderem Augenmerk auf der gynäkologischen und geburtsmedizinischen Situation – treffen zu können.

Nun sollen die Ergebnisse im Hinblick auf die anfangs gestellten Hypothesen zusammengefasst, kritisch beurteilt und mit den Ergebnissen der zitierten Literatur verglichen werden. Da aufgrund der kleinen Fallzahl jedoch keine repräsentative Studie vorliegt, sind keine allgemeingültigen Aussagen möglich, die diese Hypothesen bestätigen oder widerlegen. Schlussfolgerungen, die im Diskussionsteil getroffen werden, gelten daher nur für die hier vorliegende Studienpopulation.

### **4.1. Reichweite und Limitationen der Studie**

Um die Diskussion der Studienergebnisse besser einordnen zu können, sollen zunächst potenzielle Limitationen der Studie benannt werden.

#### **4.1.1. Begrenzte statistische Analysemöglichkeiten durch geringe Fallzahl**

Aufgrund der Bedingungen in der Flüchtlingsunterkunft in Berlin Tempelhof, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwar die größte Flüchtlingsunterkunft Berlins war, blieb die Rekrutierung der Probandinnen dennoch eine Herausforderung. Die Größe der untersuchten Studienpopulation von  $n = 78$  und 39 Patientinnen je untersuchter Gruppe lässt nur tendenzielle Interpretationen zu. Die Daten sind nicht oder nur teilweise repräsentativ im Hinblick auf die Gesamtheit der geflüchteten Frauen, weil die geringe statistische Power komplexere Auswertungsmethoden oder Analysen von Untergruppen (zum Beispiel Herkunftsland, Altersspanne, Impfstatus) nicht zulässt. Bei den Ergebnissen handelt es sich um statistisch deskriptiv erfasste Werte, die keine Schlussfolgerung auf die Gesamtheit der geflüchteten Frauen in Deutschland zulassen.

### 4.1.1.1. Vom quantitativen zum qualitativen Forschungsansatz

Die vorliegende Arbeit wurde als quantitative Studie initiiert. Eine vorherige Fallzahlplanung wurde durchgeführt; wie im Methodenteil beschrieben standen 50 Pap-Abstriche und 400 HPV-Tests primär zur Verfügung. Warum diese Ressourcen nicht ausgeschöpft wurden, soll im weiteren Verlauf genauer untersucht werden. Letztendlich liegt die Stärke dieser Analyse in der qualitativen Auswertung. Auch wenn keine systematische Interviewauswertung erfolgt ist, konnten durch die Studiendurchführenden einzelne Erfahrungen im Rahmen der Datenerhebung wiedergegeben werden, um durch diese Pilotstudie eine bessere Planung für eine potentielle weitere Studie zu liefern. So sollen hier die spezifischen Probleme der Studiendurchführung insbesondere im Hinblick auf die geringe Fallzahl genauer erörtert werden, um in zukünftigen Studien sensibilisierter für mögliche Schwierigkeiten bei der Datenerhebung zu sein und adäquate angepasste Vorbereitungen zu treffen.

### 4.1.1.2. Gründe für die Probleme bei der Rücklaufquote / Datenerhebung

Vor der Studiendurchführung hatten alle geflüchteten Frauen aus der Notunterkunft die Möglichkeit, an einer durch die Gyninitiative selbst konzipierten Informationsveranstaltung bezüglich des weiblichen Körpers und der Krebsvorsorge teilzunehmen und Fragen zu gynäkologischen und geburtsmedizinischen Beschwerden sowie zur Verhütung zu stellen. In diesem geschützten Rahmen konnten sie sowohl im offenen Gesprächskreis als auch persönlich mit einer Ärztin reden. Dafür erstellten wir im Voraus Flyer, verteilten diese im Flüchtlingslager und hielten außerdem an mehreren Terminen Präsentationen und Informationsveranstaltungen ab, um primär eine Vertrauensbasis zu schaffen. Mit dem Ziel, die Teilnahmequote zu erhöhen, wandten wir uns bezüglich einer Kooperation an verschiedene Berliner Notunterkünfte und die Malteser Hilfsorganisation.

Die Teilnahmequote der Informationsveranstaltungen war höher als die Rücklaufquote für die Studienteilnahme. Es gab zwar Zusagen zur Studienteilnahme, jedoch erschienen einige Patientinnen, oft auch ohne vorherige Absage, nicht zum vereinbarten Termin. Die Datenerhebung per se war ebenfalls erschwert. Durch strikte Sicherheitsvorkehrungen und -kontrollen vor und in den Flüchtlingsunterkünften verkomplizierte und verzögerte

## Diskussion

sich die Studiendurchführung trotz vorheriger Terminvereinbarungen und Programmbe-sprechung mit den Verantwortlichen.

Es ließ sich beobachten, dass die Rücklaufquote der Fragebögen aufgrund der Hemm-schwelle, sich gynäkologisch untersuchen zu lassen, gering war. Diesbezügliche qualita-tive Aussagen der geflüchteten Frauen, die die Teilnahme kurzfristig abgesagt hatten, hingen größtenteils mit der mangelnden Kinderbetreuung zusammen. Die Absagen wur-den damit begründet, dass die Frauen sich um ihre Kinder kümmern müssten und nie-manden hätten, der ihnen die Aufgabe abnimmt. Andere genannte Gründe von einem Teil der geflüchteten Frauen waren Angst und/oder Scham vor der gynäkologischen Un-tersuchung. Ein kleiner Teil äußerte außerdem, keine Erlaubnis zur Studienteilnahme vom Ehepartner erhalten zu haben. Nur wenige der nicht teilnehmenden geflüchteten Frauen gab jedoch eine konkrete Rückinformation darüber, wieso die Untersuchung ab-gelehnt wurde. Sicherlich wäre es interessant gewesen, alle Frauen, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, im Sinne einer Non-Participant Observation nach den ge-nauen Gründen für die Absage zu fragen, um eine systematische Auswertung der Gründe durchzuführen. Die Patientinnen waren jedoch auch dafür nicht gut erreichbar. Die Ana-lyse wäre ein interessantes Forschungsziel zukünftiger Projekte.

### 4.1.2. Einteilung des Vergleichskollektivs

Für die Interpretation der Studienergebnisse des Fragebogens der Flüchtlingsgruppe wurde zum Vergleich eine deutsche Kontrollgruppe befragt und für die der gynäkologi-schen Untersuchung wurden zum Vergleich die Daten der deutschen Bevölkerung aus der Literatur herangezogen. Durch ein Vergleichskollektiv aus der Bevölkerung des Her-kunftslandes ohne Fluchterfahrung hätte allerdings die Möglichkeit bestanden, die Aus-wirkungen der Flucht noch weiter analysieren zu können. Ohne jenes Vergleichskollektiv ließ sich nicht eruieren, inwiefern sich in den vorliegenden Studienergebnissen die Aus-wirkungen der Fluchtumstände widerspiegeln.

Ferner wurden für das Vergleichskollektiv dieser Studie in die Kontrollgruppe deutsche Frauen sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund aufgenommen. Eine weitere

Subgruppierung erfolgte aufgrund einer erschwerten Identifikation des Migrationshintergrunds nicht. Auch in der aktuellen internationalen Literatur gibt es keine einheitliche Definition der Migrationsindikatoren.

### 4.1.3. Angaben zum Herkunftsland der Flüchtlingsgruppe

In der vorliegenden Studie kamen die Probandinnen der Flüchtlingsgruppe zu zwei Dritteln aus Afghanistan (67 %). Zu dem Zeitpunkt der Datenerhebung waren die Hauptherkunftsländer geflüchteter in Deutschland lebender Frauen hingegen in absteigender Reihenfolge Syrien, Albanien, Afghanistan, Irak und Serbien (88). An dieser Studie haben somit vor allem die geflüchteten Frauen aus Afghanistan teilgenommen, wenngleich in den besuchten Notunterkünften beispielsweise mehr Frauen aus Syrien lebten. Die Verteilung der Herkunftsländer ist in dieser Arbeit insofern nicht repräsentativ. Die Rekrutierung der Probandinnen beruht auf einem Freiwilligkeitsbias und führt folglich zu einer Fehlrepräsentation in der Flüchtlingsgruppe. Das beeinflusst auch die Interpretation der Ergebnisse. Durch die Verschiebungen müssen die Schlussfolgerungen mit Bedacht gezogen werden. Man kann nur mutmaßen, ob die Überrepräsentation des Herkunftslands Afghanistan reiner Zufall oder die Hemmschwelle zur Teilnahme an den Untersuchungen bei afghanischen Frauen in dieser Studie geringer war.

In zukünftigen Studien mit größerer Fallzahl sollten die geflüchteten Frauen für eine bessere Vergleichbarkeit und Interpretation der Daten zusätzlich in ihre jeweiligen Herkunftsländer unterteilt werden.

### 4.1.4. Interviewstil und Sprachbarriere

Die Befragung der geflüchteten Frauen wurde stets von einer Medizinstudentin beziehungsweise Ärztin durchgeführt, die die jeweilige Sprache beherrschte. Es wurde explizit darauf geachtet, dass nur Frauen die Teilnehmerinnen befragen. Mehrere Studiendurchführende befragten die Probandinnen in unterschiedlichen Sprachen. Interobserver-Variationen in den Ergebnissen sind somit möglich. Der Fragebogen wurde in die drei häufigsten Sprachen im Flüchtlingsheim übersetzt (Arabisch, Farsi, Russisch), was die Kommunikation mit den Studienteilnehmerinnen erleichtern und eine Vertrauensbasis schafft hat.

### 4.1.5. Abfrage des psychischen Gesundheitszustands

Es erfolgte bei der Datenerhebung nur eine kurze anamnestische Erhebung der diagnostizierten Erkrankungen. Der selbst angefertigte Fragebogen stellt kein umfangreiches standardisiertes Erhebungsinstrument, sondern einen reinen Anamnesebogen dar, so dass durch die beispielsweise reine Ja-/Nein-Abfrage von Erkrankungen und Medikamenteneinnahmen kein psychosomatischer Gesundheitszustand erfasst werden konnte. Dem Fragebogen entsprechend sollten die geflüchteten Frauen ihren Gesundheitszustand selbst einschätzen und beantworten, inwiefern sie an bestimmten Vorerkrankungen leiden; diese Beantwortung der Fragen entsprach subjektiven Einschätzungen und setzte ein Krankheitsverständnis voraus. Wurden bestimmte – vor allem psychische – Symptome nicht als krankhaft eingeschätzt, erfolgte auch keine positive Beantwortung der Frage nach psychischen Diagnosen. Durch eine ausführlichere Operationalisierung des Fragebogens mit konkreten Abfragen zu spezifischen psychischen Symptomen hätte der psychische Gesundheitszustand der Flüchtlingsgruppe präziser dargestellt werden können. Die Grenzen des Primärkonzepts wären durch einen solch erweiterten Fragebogen jedoch überschritten und die Teilnehmerinnenanzahl wahrscheinlich noch weiter reduziert worden.

## 4.2. Zusammenfassung und Beurteilung der Ergebnisse

Nun werden die Ergebnisse der Studie in Bezug auf die anfangs gestellten Hypothesen zusammengefasst, um sie anschließend in den Kontext der aktuellen Literatur einzubetten.

### 4.2.1. HPV-Infektionen und pathologische Pap-Befunde

Anfangs wurde die Hypothese aufgestellt, dass im Vergleich zu deutschen Frauen bei geflüchteten Frauen aufgrund eines schlechteren Gesundheitszustands mehr pathologische Pap-Abstriche und HPV-Infektionen bestehen und man ein anderes Spektrum an HPV-Typen vorfindet.

Insgesamt waren die HPV-Raten der geflüchteten Frauen mit 17 % tatsächlich mehr als doppelt so hoch wie die in der WHO-Studie angegebenen HPV-Raten der deutschen

## Diskussion

Frauen. Die Unterschiede zwischen den HPV-16-Raten und HPV-66-Raten waren sogar signifikant. Die WHO-Literatur gibt zudem auch geringe Raten von HPV-51-, -53-, -70-, -31-, -56- und -39-Infektionen bei deutschen Frauen an, die in der vorliegenden Arbeit bei den geflüchteten Frauen nicht gefunden werden konnten. In dieser Studienpopulation fand sich demnach ein anderes HPV-Spektrum als bei den in dem WHO Fact Sheet angegebenen HPV-Infektionen der deutschen Frauen. Weder eine genaue Genotypisierung noch eine Ursachenforschung ist bei der kleinen Fallzahl in dieser Studienpopulation jedoch möglich. In zukünftigen Studien sollten die HPV-Raten der Flüchtlingsgruppe mit denen eines deutschen Kontrollkollektivs verglichen werden, um die Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse zu erhöhen.

In beiden Gruppen gab es jeweils einen auffälligen Pap-Befund, sodass in dieser Studienpopulation die geflüchteten Frauen nicht – wie anfangs vermutet – mehr pathologische Pap-Abstriche hatten.

Die Probandin aus der Flüchtlingsgruppe mit pathologischem Pap-Befund wurde trotzdem negativ auf HPV getestet. Alle fünf geflüchteten Frauen, die einen HR-HPV-Status aufwiesen, hatten dennoch einen unauffälligen zytologischen Befund. Auch wenn keine Aussage zu der Ursache dieser Ergebnisse getroffen werden kann, soll der Zusammenhang zwischen HPV-Test und Zytologie im Folgenden weiter erläutert werden.

Eigentlich sind HPV-Infektionen eine Grundvoraussetzung für Zervixdysplasien. Zellveränderungen können sich aber auch durch andere entzündliche reaktive Veränderungen (zum Beispiel Zervizitis) entwickeln. Andererseits ist es wahrscheinlicher, dass die Probandin der Flüchtlingsgruppe mit pathologischem Pap-Befund HPV-positiv auf einen Virustyp war, der nicht getestet wurde, weil er entweder in den Industrieländern unüblich ist oder noch nicht erforscht wurde. Möglich wäre auch, dass sich unter den HPV-Testergebnissen falschnegative Ergebnisse befinden und diese Probandin eigentlich HPV-positiv ist. Lellé et al. fanden heraus, dass bei einem auffälligen Pap-Befund trotz eines negativen HPV-Tests auf keinen Fall eine maligne Entartung ausgeschlossen werden kann (90). Auch schrieben sie von Falschnegativraten von bis zu 4,5 % durch zu wenig Abstrichmaterial. HPV-Infektionen bei älteren Frauen sind oftmals ein Zeichen für mögliche chronische Infektionen, die zu Zervixdysplasien führen, während HPV-Infektionen bei jüngeren Frauen zwar öfter auftreten, aber auch öfter wieder abheilen, also transient sind.

## Diskussion

Inwieweit sich HPV- und Pap-Tests ergänzen können, wird auch in der neuen Leitlinie von Dezember 2017, in der der G-BA mittels kombinierter Vorsorgeuntersuchung ein effizienteres Programm zu Zervixkarzinomfrüherkennung eingeführt hat, ersichtlich: Frauen zwischen 20 und 35 Jahren wird weiterhin jährlich allein der Pap-Abstrich gewährleistet und Frauen ab 35 Jahren wird die kombinierte Methode (alle drei Jahre Pap-Abstrich und HPV-Test) angeboten. Diese Veränderung der Vorsorgerichtlinien in Deutschland ist als positiv zu bewerten. Die in der neuen Leitlinie enthaltenen Reviews vergleichen die alleinige Zytologie mit den kombinierten Vorsorgeuntersuchungen und kommen zu der Schlussfolgerung, dass organisierte Screeningprogramme mittels kombinierter Testung zu einer signifikant deutlichen Senkung der CIN3-Neuerkrankungen führen und somit mehr Sicherheit bieten als ein alleiniger Pap-Test (91). CIN3-Läsionen stehen hier im Vordergrund, da nur sie ein signifikant erhöhtes Risiko für die Entstehung eines Zervixkarzinoms bergen. In der neuen Vorsorgerichtlinie wird aber ebenso vor einer Überdiagnostik klinisch bedeutungsloser CIN1- und CIN2-Läsionen und der daraus resultierenden Übertherapie vor allem bei Frauen unter 30, aber auch über 30 Jahren gewarnt. Lange Screeningintervalle sowie der Einsatz von Triage-Tests sind sinnvoll (differentialdiagnostische Abklärung nach positivem HPV-Screeningergebnis mittels Zytologie und Kolposkopie), um die CIN3-Läsionen zu diagnostizieren und eine Übertherapie von CIN2-Läsionen zu vermeiden (91).

### 4.2.1.1. Datenlage zur Zervixkarzinomrate in Low Income Countries (LIC)

An dieser Stelle sollen die Ergebnisse der Arbeit in die aktuelle Literatur eingebettet und mit den wichtigsten Studienergebnisse zu HPV-Infektionen und Zervixkarzinomraten in Low Income Countries (LIC) und Middle Income Countries (MIC) verglichen werden.

In einer Studie von Sung et al. wurden die Inzidenz, Prävalenz und Mortalität von Zervixkarzinomen in verschiedenen LIC und MIC untersucht. 2020 fanden sich 500.000 der 570.000 (88 %) neudiagnostizierten Zervixkarzinome weltweit in LIC und MIC. Die höchsten Inzidenzen und Mortalitätsraten waren in Ländern in Subsahara-Afrika zu finden, auf Platz eins stand Malawi. Die Inzidenz in LIC und MIC betrug 18,8 und die in High Income Countries (HIC) 11,3; die Mortalitätsrate betrug respektive 12,4 und 5. In den HIC sind die Inzidenzen und Mortalitätsraten des Zervixkarzinoms aufgrund eines erhöhten SES

## Diskussion

und niedrigerer HPV-Infektionsraten gesunken. Dies liegt vor allem an einer Verbesserung der Genitalhygiene, einer Senkung der Prävalenz von STD und einem steigenden HPV-Impfangebot (92).

In der vorliegenden Arbeit kamen die meisten Frauen in der Flüchtlingsgruppe aus Afghanistan. 2020 betrug die Zervixkarzinommortalitätsrate in Afghanistan zwischen 15 und 29,9 je 100.000 Frauen. Dort gibt es aktuell kein HPV-Impfangebot, ein solches ist nach aktuellem Stand für 2023 geplant. In Syrien steht eine entsprechende Entscheidung noch aus (93).

Sung et al. berichteten, dass 2020 ein flächendeckendes HPV-Impfangebot in weniger als 30 % aller LIC vorgefunden wurde, in den HIC waren es über 80 %. Nur 44 % der in den LIC lebenden Frauen haben jemals an einem Screeningprogramm teilgenommen, in den HIC waren es über 60 % (92).

Zusammenfassend unterscheiden sich die Pap-Befunde in der vorliegenden deskriptiven Arbeit in beiden Gruppen zwar nicht, in den weltweiten signifikanten Datenerhebungen mit ausreichend statistischer Power sind jedoch relevante Unterschiede in Bezug auf die Inzidenzen und Mortalitätsraten des Zervixkarzinoms zu finden. Daraus wird ersichtlich, dass die Einführung ausreichend kostengünstiger und technisch simpel gestalteter Impf- und Screeningangebote sowie Behandlungsmöglichkeiten der Krebsvorstufen in den LIC und MIC daher umso wichtiger ist, um die HPV-Infektionen und Zervixkarzinomraten im Vergleich zu den HIC zu senken und eine Infektionswelle in Zukunft zu verhindern.

### 4.2.2. Gynäkologischer und geburtsmedizinischer Gesundheitsstatus

Als Nächstes galt es zu überprüfen, ob der gynäkologische und geburtsmedizinische Gesundheitsstatus der geflüchteten Frauen insgesamt schlechter ausfällt als jener der deutschen Frauen. Für diese Studienpopulation traf dies zu, allerdings können aufgrund der geringen Stichprobengröße keine Schlussfolgerungen bezüglich der Gesamtheit der geflüchteten Frauen gezogen werden und kann diese Hypothese daher nicht final bestätigt werden.

### 4.2.2.1. Geburtsmedizinischer Gesundheitsstatus

Es ließen sich statistisch signifikante Unterschiede in der Geburtsanamnese von Flüchtlingsgruppe und Kontrollgruppe finden. Die Flüchtlingsgruppe gab eine höhere Schwangerschafts-, Geburten- und Kinderanzahl an. Im Durchschnitt hatten die geflüchteten Frauen vier Kinder und die deutschen Frauen kein Kind, obwohl sie im gleichen Alter waren.

Die maximale Fehlgeburtenrate wurde in der Flüchtlingsgruppe und die maximale Interruptorrate in der Kontrollgruppe gefunden, trotzdem unterschieden sich die beiden im Durchschnitt nicht signifikant voneinander. Eine größer angelegte Studie könnte Aussagen zu möglichen Ursachen machen. Zukünftige Analysen könnten außerdem die offiziellen Interruptio- und Geburtenraten in verschiedenen Ländern im Hinblick auf den soziokulturellen und religiösen Aspekt genauer vergleichen und ebenso in einen strafrechtlichen Kontext einbetten. Es muss hierbei mit einbezogen werden, dass auch heute noch Frauen sowohl in verschiedenen Entwicklungs- als auch Industrieländern keinen gleichberechtigten straffreien Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen haben.

Des Weiteren wurden in der Flüchtlingsgruppe zwar höhere Sectio-, aber dafür niedrigere Komplikationsraten gefunden. Die Antworten beruhen auf subjektiven Angaben der Studienteilnehmerinnen und in den Fragebögen wurde nicht zwischen primärer und sekundärer Sectio unterschieden. Man kann hier daher nur mutmaßen, was die Indikation zur Sectio in der Flüchtlingsgruppe war, denn in Deutschland wird die Indikation zur (sekundären) Sectio meist aufgrund einer Komplikation im Geburtsverlauf gestellt und daher erscheint es widersprüchlich, bei einer erhöhten Sectiorate von wenig Geburtskomplikationen zu sprechen. Gagnon et al. fanden 2013 heraus, dass der Migrationsstatus, das Herkunftsland und die Aufenthaltsdauer seit der Migration Faktoren sind, die mit der Sectiorate assoziiert sind. Geflüchtete in Kanada lebende Frauen aus Südostasien und Zentralasien hatten in der Studie signifikant höhere Sectioraten als kanadische einheimische Frauen (94). Die höheren Sectioraten waren gemäß Gagnon et al. ein Hinweis auf die nicht optimale Gesundheitsversorgung. Laut einem Bericht der Ärztezeitung von 2015 ist die Sectiorate im Iran weltweit am höchsten und in der Türkei auf Rang fünf. In politisch gewaltbeherrschten Ländern mit insuffizienter Menschenrechtsslage wird demnach darauf

## Diskussion

Rücksicht genommen wird, dass zumindest die Geburt kontrolliert und schmerzarm verläuft (21).

In einer Analyse der WHO wurden die wesentlichen Probleme schwangerer geflüchteter Frauen in Irland und der Einfluss der Schwangerenbetreuung auf den Gesundheitszustand eruiert. Laut dieser Studie erhielten geflüchtete Frauen in der Schwangerschaft aufgrund der Sprachbarriere, der Transportbedingungen und der sozialen Isolation nicht die gleiche geburtsmedizinische Versorgung wie die einheimischen Frauen (5).

Bollini et al. verglichen verschiedene prä- und postnatale Parameter zwischen geflüchteten und einheimischen Frauen aus zwölf Ländern in Europa zwischen 1966 und 2004 miteinander. Insgesamt hatten die geflüchteten Frauen bezüglich Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit, perinataler Mortalität und kongenitaler Malformationen einen schlechteren Outcome als die einheimischen Frauen. In Ländern mit organisierter Integrationspolitik waren diese Risikofaktoren bei den geflüchteten Frauen signifikant weniger ausgeprägt. In einer anderen 2018 veröffentlichten Studie wurden Schwangerschafts- und Geburtsverläufe von geflüchteten syrischen Frauen mit denen von einheimischen türkischen Frauen verglichen. Auch hier wurde ersichtlich, dass die Flüchtlingsgruppe schlechtere Ergebnisse hinsichtlich Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Frühgeburtlichkeit, vorzeitigem Blasensprungs und Geburtsgewicht erzielte (95). Beide Studien unterstreichen das Problem der perinatalen Gesundheitsversorgung und die Wichtigkeit einer intensiveren Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung bei geflüchteten Frauen (7).

Das Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlichte jedoch gegenteilige Zahlen; sowohl die ausländische Mütter- als auch die Säuglingssterblichkeit soll sich laut der Berichterstattung in den letzten Jahren enorm reduziert haben, sodass das relative Risiko mittlerweile niedriger ist als das der deutschen Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Laut dem RKI könnten Gründe dafür sein, dass die ausländischen Mütter in der Regel jünger sind als die deutschen Mütter und die deutschen Mütter auch überwiegend Erstgebärende sind. Das RKI sieht diesen Trend als einen Hinweis darauf, dass sich die soziale und gesundheitliche, vor allem geburtsmedizinische, Ungleichheit langsam verringert und der Zugang zum Gesundheitssystem für nichtdeutsche Schwangere mittlerweile erleichtert ist (96).

## Diskussion

Die Verhütungsanamnese war in beiden Gruppen unterschiedlich. Während in der Kontrollgruppe 60 % der gebärfähigen Frauen trotz Partnerschaft und fehlenden Kinderwunsches gar nicht oder unzureichend verhüteten (Coitus interruptus), belief sich die Rate in der Kontrollgruppe auf 0 %, was einem signifikanten Unterschied entspricht. Dieses Ergebnis ergänzt die unterschiedliche Kinderanzahl in beiden Gruppen.

Eine insuffiziente Verhütung ist meist durch mangelnde Aufklärung und daraus resultierende Wissenslücken bezüglich Fortpflanzung und Verhütung bedingt. Sowohl das Herkunftsland als auch kulturelle Praktiken und Mythen beeinflussen, was Frauen über Sexualität wissen und wie sie ihre Sexualität ausleben.

In einer Studie über die Reproduktion und Sexualität weiblicher Migrantinnen in Spanien wurden 2015 die Ergebnisse veröffentlicht, dass Frauen mit höherem SES in der Regel offener über ihre Sexualität sprachen und diese hemmungsloser auslebten als weniger gebildete Frauen aus niedrigeren sozialen Schichten, die diese Art der Konversation als Tabuthema sahen (97). Außerdem wird laut dieser Studie die Sexualität von den sozialen Normen des Herkunftslands beeinflusst; Religion ist auch hier ein wichtiger Faktor. In islamischen Ländern sind Gespräche über Sexualität weiterhin unüblich und sexuelle Aktivitäten vor der Ehe gelten, aus kulturellen Gründen zumindest für die Frau, als verpönt. Auch gilt die Kontrazeption nur als Aufgabe der Frau und nicht die des Mannes. Laut dieser Studie verwendeten die Migrantinnen auch im Ankunftsland weiterhin die Kontrazeptionsmethode, die sie aus ihrem Herkunftsland kannten und gewohnt waren. Außerdem hatten sie mehr ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaften in sehr jungen Jahren. Erstaunlicherweise wurde laut der Studie aus Spanien auch weiterhin nicht richtig verhütet, wenn Verhütungsmethoden wie die orale Kontrazeption kostenlos zur Verfügung gestellt wurden wie in Marokko. Die Frauen tendierten trotzdem dazu, die am einfachsten zugängliche Methode wie Coitus interruptus zu wählen (97).

Laut einem Bericht der Ärztezeitung von 2015 hängt die sexuelle Aufklärung bezüglich Verhütungsmethoden nicht mit dem Bildungsgrad zusammen, denn obwohl zum Beispiel fast alle russischen jüdischen Migrantinnen einen hohen Bildungsgrad haben, haben sie wenig bis gar kein Wissen über Verhütung, da keine richtige Aufklärung stattgefunden hat (21).

Dieses Ergebnis unterstreicht die Wichtigkeit der richtigen sexuellen Aufklärung. Die Frauen würden davon profitieren, die Möglichkeit zu erhalten, mit professionellen Gesundheitsbeauftragten über den Frauenkörper und sexuell übertragbare Erkrankungen zu sprechen, ohne auf moralischer Ebene verurteilt zu werden.

### 4.2.2.2. Gynäkologischer Gesundheitsstatus

Der gynäkologische Gesundheitszustand der Flüchtlingsgruppe war im Hinblick auf gynäkologische Symptome, Brustbeschwerden, gynäkologische Erkrankungen und gynäkologische Operationen schlechter als in der Kontrollgruppe. Signifikant mehr als doppelt so viele Frauen in der Flüchtlingsgruppe hatten einen unregelmäßigen Zyklus und gynäkologische Beschwerden. Auch gaben die geflüchteten Frauen signifikant mehr Symptome an, die im deutschen Kontrollkollektiv gar nicht genannt wurden. Ebenso wurden im Durchschnitt mehr gynäkologische Erkrankungen und gynäkologische Operationen in der Flüchtlingsgruppe genannt.

Auch dieses Ergebnis musste aufgrund der geringen Stichprobe mit Bedacht analysiert werden, konnte jedoch auch kaum mit Ergebnissen aus der Literatur verglichen werden, weil es momentan kaum Studien zum gynäkologischen Gesundheitszustand mit Fokus auf gynäkologische Symptome und Erkrankungen bei geflüchteten Frauen gibt, sondern vor allem Studien zum geburtsmedizinischen Gesundheitszustand. Zukünftige Studien sollten den Fokus vermehrt auf diesen Aspekt der Flüchtlingsmedizin legen.

In Bezug auf maligne gynäkologische Entartungen gibt es hingegen Analysen; Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen fanden heraus, dass das Brustkrebsrisiko bei Immigrantinnen aus der Türkei geringer als das von einheimischen Frauen (aus den Niederlanden und Frankreich) und vergleichbar mit dem Brustkrebsrisiko türkischer Frauen im Heimatort war (98).

In dieser Arbeit wurden die Frauen nach dem Zeitpunkt der letzten gynäkologischen Untersuchung gefragt. Sie war in der Flüchtlingsgruppe bei bestehenden gynäkologischen Beschwerden weniger lang her als in der Kontrollgruppe. Ohne Beschwerdesymptomatik war sie dagegen länger her als in der Kontrollgruppe. Das bedeutet, dass sich die geflüchteten Frauen in dieser Studienpopulation bei einer Beschwerdesymptomatik früher ärztlich vorstellten als die deutschen Frauen, sich anderenfalls bei Beschwerdefreiheit

## Diskussion

dagegen nicht regelmäßig einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung unterzogen. Das deutsche Kontrollkollektiv hat unabhängig von Beschwerden regelmäßiger an der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung teilgenommen.

Siegel et al. fanden 2001 heraus, dass Immigrantinnen aus afrikanischen Ländern im Durchschnitt seltener Pap-Abstriche, eine Mammographie oder andere gynäkologische Gesundheitsleistungen haben durchführen lassen als die einheimische Bevölkerung in den Vereinigten Staaten (99). In einer anderen Studie zeigten Piwowarczyk et al., dass im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung mehr Wissenslücken bezüglich Mammographie und Gebärmutterhalsscreening bestanden (100).

Vor allem jüngere Frauen aus bestimmten Kulturkreisen vermeiden gynäkologische Untersuchungen. Aus Angst vor einem „Hymenverlust“ werden bis zur Heirat gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen abgelehnt. Aufgrund mangelnder Aufklärung besteht zudem die Annahme, dass gynäkologische Untersuchungen erst nach dem ersten penetrativen GV nötig seien und davor ein Schutz gegenüber vielen Erkrankungen bestehe. Soziokulturelle Aspekte haben somit einen Einfluss auf die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen.

Insgesamt waren laut Fragebogen mehr geflüchtete Frauen gegen HPV geimpft als deutsche Frauen. Bei den unter 30-Jährigen kehrte sich dieses Verhältnis um; mehr deutsche Frauen unter 30 waren gegen HPV geimpft als geflüchtete Frauen. Auch wenn beide Unterschiede nicht signifikant sind, könnte man aus ihnen interpretieren, dass die deutschen Frauen in der Regel leitliniengerecht in der Pubertät geimpft worden sind, während die geflüchteten Frauen bei der Impfung älter waren, da sie in Deutschland nachgeimpft worden sind und nie in ihrem Heimatland.

Man kann mutmaßen, ob die geflüchtete Frauen in dieser Studienpopulation nicht vertraut mit der Durchführung von Impfungen waren, weil das Konzept der präventiven Medizin in ihrem Heimatland nicht allgegenwärtig ist und/oder in Konflikt mit kulturellen Bräuchen und Glaubensrichtungen steht. Wissenslücken bezüglich sexuell übertragbarer Erkrankungen, der Karzinomentwicklung und Vorsorgeuntersuchungen sowie Impfmöglichkeiten bestehen weiterhin. Zhang et al. fanden 2017 heraus, dass es bei Geflüchteten keine Priorität war, eine medizinische Behandlung durchführen zu lassen, um Krankheiten in nicht fortgeschrittenen Stadien zu erkennen, wenn keine aktuellen Beschwerden

## Diskussion

vorlagen (101). Das Konzept der Präventivmedizin und gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen schien in ihrer Studie den meisten geflüchteten Frauen fremd, deswegen herrschte größtenteils Misstrauen gegen Präventivmedizininstitutionen. Der Besuch einer Arztpraxis und die Inanspruchnahme gesundheitlicher Behandlungen wurden eher mit akuten Symptomen in Verbindung gebracht. Zhang et al. und Wilson et al. unterbreiteten als Lösungsansatz, in der Sprache des Herkunftslands Informationen bezüglich der weiblichen Anatomie, des Reproduktionstrakts, Sexualmedizin sowie Impfmechanismen und -zielen anzubieten und diese in einen angemessenen kulturellen Kontext einzuordnen, um den geflüchteten Frauen die Relevanz des gynäkologischen Screenings verständlich zu machen (101, 102). Wichtig sei jedoch, die Informationen nicht während einer einzigen Informationsveranstaltung preiszugeben, sondern in regelmäßigen Abständen informative Gespräche anzubieten, damit sich die geflüchteten Frauen das Wissen aneignen können und sich durch die Masse an Informationen nicht überfordert fühlen.

### 4.2.3. Allgemeiner Gesundheitszustand

Die dritte Hypothese lautete, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand der geflüchteten Frauen negativ von dem der deutschen Frauen unterscheidet. Dies könnte vor allem an der schlechteren Versorgungssituation im Herkunftsland und an den Fluchtumständen liegen. In Bezug auf den BMI, Vorerkrankungen, Voroperationen und Medikamenteneinnahmen hatte die Flüchtlingsgruppe einen schlechteren und in Bezug auf Nikotin- und Alkoholabusus einen besseren Gesundheitsstatus. Die Hypothese konnte bei der geringen Fallzahl dennoch nicht klar bestätigt oder widerlegt werden, zeigt jedoch Tendenzen auf, welche im Folgenden diskutiert werden sollen.

#### 4.2.3.1. BMI

Insgesamt hatten die geflüchteten Frauen in dieser Arbeit einen signifikant höheren BMI als die deutschen Frauen. Vergleichbare Daten in der Literatur gab es dazu nicht.

Langfristig könnte sich dieses Übergewicht auf die familiäre Umgebung und die nächsten Generationen auswirken. Knipper et al. belegten in ihrer Studie über Migration und Gesundheit, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger an Übergewicht leiden. Grund

dafür sei nicht unbedingt der Migrationshintergrund, sondern die Lebensumstände der Familien mit Migrationshintergrund (13).

### 4.2.3.2. Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustands: Vorerkrankungen, Voroperationen, Medikamenteneinnahme

Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass im Vordergrund zwar ähnliche Erkrankungen wie bei der deutschen Kontrollgruppe standen, jedoch mit anderen Schwerpunkten. Außerdem gaben die geflüchteten Frauen eine signifikant höhere Anzahl an Vorerkrankungen an. Auch die Anzahl an Medikamenteneinnahmen (vor allem Analgetika und Antidepressiva) war höher als in der Kontrollgruppe, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Flüchtlingsgruppe insgesamt einen schlechteren Gesundheitsstatus hat; sie ist sowohl von der Physis her und auch auf dem Papier kränker. Das ist nicht nur durch die Fluchtumstände bedingt, sondern auch durch das Leben vor der Flucht. In dieser Analyse litten geflüchtete Frauen vor allem unter Erkrankungen des Bewegungsapparats (chronisches HWS-Syndrom), neurologischen Erkrankungen (Migräne, chronischer Kopfschmerz) und psychischen Erkrankungen. Diese Beschwerden können durch die körperliche Belastung und durch psychosoziale Belastungsfaktoren vor und während der Flucht erklärt werden. Die geflüchteten Frauen gaben dennoch weniger Voroperationen an als das deutsche Kontrollkollektiv.

Laut einer österreichischen Studie aus dem Jahr 2006 hatten Migrantinnen hinsichtlich gesundheitlicher Beschwerden vor allem Kopf- und Rückenschmerzen sowie Adipositas (103). Bereits Schneider et al. fanden 2015 heraus, dass Geflüchtete in Deutschland insgesamt von einem signifikant schlechteren subjektiven Gesundheitszustand berichteten und auch signifikant mehr chronische Erkrankungen nannten als die deutsche Bevölkerung (35). Brzoska et al. belegten 2014, dass Migrierende im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung ein höheres Risiko für chronische Erkrankungen (zum Beispiel Diabetes mellitus), Arbeitsunfälle und -erkrankungen sowie für Erwerbsminderungsrenten wegen Behinderung haben. Insgesamt haben der aktuellen Literatur nach Migrierende trotzdem ein geringeres Krebsrisiko (104).

### 4.2.3.3. Nikotin- und Alkoholkonsum

Im Vergleich zur Kontrollgruppe gaben signifikant weniger geflüchtete Frauen an, Alkohol oder Nikotin zu konsumieren. Eine deutsche Studie untersuchte das Rauchverhalten von Migrierenden abhängig von der Aufenthaltsdauer im Ankunftsland. Die Studie ergab, dass der Nikotinkonsum türkischer Migrantinnen geringer war als der von Nichtmigrantinnen und dass er mit zunehmendem Aufenthalt in Deutschland stetig zunahm, was an der Akkulturation liegen könnte; die Migrantinnen passten ihren Nikotinkonsum mit steigender Aufenthaltsdauer in Deutschland an den der deutschen Bevölkerung an (105).

Auch wenn die Datenlage bezüglich Alkoholkonsum bei Migrierenden rar ist, liegt es nahe anzunehmen, dass auch der Alkoholkonsum durch die Akkulturation in Deutschland mit den Jahren stetig zunimmt.

Insgesamt ist bezüglich des Substanzkonsums bei Geflüchteten Vorsicht geboten; am Anfang ihrer Ankunft sind die Geflüchteten noch überrascht vom beispielsweise offenen legalisierten Umgang mit Alkohol in den westlichen Ländern. Durch die traumatischen Kriegs- und Fluchterfahrungen sind sie später jedoch laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) prädestiniert für „exzessiven Substanzmissbrauch und Suchterkrankungen“, sodass kultursensible Prävention bezüglich des Umgangs mit Rauschmitteln wie Alkohol gefördert werden sollte (106).

### 4.2.4. Psychischer Gesundheitszustand

Als Viertes galt es zu untersuchen, inwiefern das psychische Wohlbefinden und die soziale Situation der geflüchteten Frauen durch die Fluchtumstände in Bezug auf Depressionen, Angstzustände und PTBS beeinträchtigt sind und ob dies auch psychosomatische Krankheitsbilder hervorrufen könnte, auch in Bezug auf eine gynäkologische Symptomatik.

Die Anzahl an diagnostizierten psychischen Erkrankungen war in der Flüchtlingsgruppe nicht höher als in der Kontrollgruppe, sodass zuerst davon ausgegangen werden könnte, dass sich der psychische Gesundheitsstatus der Flüchtlingsgruppe nicht wesentlich von dem der Kontrollgruppe unterscheidet. Betrachtet man die höhere Anzahl an allgemeinen

## Diskussion

Vorerkrankungen und die höhere Medikamenteneinnahme, zeigt sich jedoch, dass in dieser Studienpopulation die geflüchteten Frauen insgesamt von der Physis kranker waren, was dem allgemeinen Wohlbefinden und der Psyche auf Dauer schadet. Eine mögliche psychosomatische Ursache der physischen Beschwerden wurde in dieser Arbeit nicht mit validierten Fragebögen abgefragt und könnte Bestandteil zukünftiger Studien sein. Auch weitere Analysen bezüglich eines Zusammenhangs zwischen psychischen Beschwerden und sexuellen Gewalterfahrungen wären in Zukunft von Bedeutung.

Letztendlich ist der psychische Aspekt der Flüchtlingsgesundheit (wie in Kapitel 4.1.5. beschrieben) in dieser Studie nicht ausreichend untersucht, es erfolgte beispielsweise keine standardisierte Erhebung der ICD-10-Diagnosekriterien einer depressiven Episode, Angststörung oder einer PTBS. Der psychische Gesundheitszustand wurde in dem Anamnesebogen allgemein abgefragt und die richtige Beantwortung setzte ein Krankheitsverständnis der geflüchteten Frauen voraus, was nicht immer gegeben ist. Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen sind bei geflüchteten Menschen schwerer zu objektivieren und zu quantifizieren, da sich zum einen das Verständnis von psychischen Erkrankungen in den westlichen Ländern von dem in den Entwicklungsländern unterscheidet (psychische Erkrankungen sind laut manchen muslimischen Patienten und Patientinnen per se nicht existent) und zum anderen nicht jedes psychische Symptom in den vordefinierten Kategorien der psychischen Erkrankungen kategorisieren lässt. Beispielhaft ist hier die PTBS zu nennen, die als punktueller Ereignis mit genauem Anfang und Ende definiert wird. Bei Geflüchteten, die in der Vergangenheit eine ganze Sequenz an traumatischen Ereignissen durchgestanden haben, passt diese Definition aber nicht. Die Traumatisierung ist anders als bei Opfern von sexueller Gewalt oder Naturkatastrophen kein punktueller Erlebnis.

In verschiedenen Studien wurden bereits Untersuchungen bezüglich der psychischen Flüchtlingsgesundheit durchgeführt. Durch prämigrationsspezifische Faktoren und die spezielle postmigrationsspezifische Situation in Deutschland wird der psychische Gesundheitsstatus negativ beeinflusst. Die geflüchteten Menschen haben vor der Flucht bereits Gewalt und Folter psychischer und physischer Art erlebt. Hinzu kommt, dass die Geflüchteten dann an ihrem Fluchtort begreifen, dass sie vieles, inklusive ihres alten Lebens, verloren haben und im Aufnahmeland meist ohne ausreichend finanzielle Mittel

oder soziale Unterstützung von vorne anfangen müssen. Diese Bedingungen sind schon prädestinierend für ein schlechteres psychisches Wohlbefinden. Ein schlechter sozialer Status nach der Flucht wird auch in der Literatur mit Depressionen in Verbindung gebracht (13).

Die aktuelle Studienlage beschreibt eine höhere Prävalenz an psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen bei Migrierenden als bei der deutschen Bevölkerung. Folgende mögliche Ursachen sind hier zu nennen: schwierige Situation im Heimatland, traumatisierende Fluchtumstände, schwierige Integration im Aufnahmeland, Identitätsverlust und Entwurzelung aus dem Heimatland und der eigenen Kultur, Anpassungsdruck, soziale Isolation, Diskriminierung und unzureichender Zugang zur Gesundheitsversorgung (13).

Zusammenfassend neigen geflüchtete Frauen der aktuellen Datenlage nach zu urteilen zu psychosomatischen Erkrankungen, die Ausdruck ihres Leidens der Flucht und Erfahrung der Irrelevanz der Frau sind. Daher ist es wichtig, dass fachgerecht ausgebildetes kompetentes Personal präventive Arbeit im Sinne einer psychosomatischen und psychiatrischen Grundversorgung bei geflüchteten Frauen leistet.

### 4.3. Migration, Kultur und Gesundheit

#### 4.3.1. Unterschiede im Krankheitsverständnis und Nutzungsverhalten

Gesundheit und Krankheit haben in verschiedenen Kulturen auch unterschiedliche Bedeutungen. Das Nutzungsverhalten der Gesundheitsversorgung sowie das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sind an die jeweiligen Traditionen gebunden. Beeinflusst werden diese besonders durch bestehende Rituale, kulturelle und religiöse Krankheits- und Gesundheitskonzepte, vordefinierte Geschlechterrollen sowie Praktiken zur Prävention und Therapie von Symptomen und Erkrankungen (96).

Ein besonderer Unterpunkt ist hierbei das Krankheits- und Gesundheitsverständnis im Islam. Die meisten der geflüchteten Frauen in dieser Studie gaben den Islam als Glaubensrichtung an. Im Islam ist die Gesundheit wichtig, denn der Körper wird als ein von Gott anvertrautes Gut gesehen, das im Diesseits geschützt und gepflegt werden soll. Die Erhaltung beziehungsweise Wiedererlangung der Gesundheit ist immer oberste Priorität.

## Diskussion

Als Muslima oder Muslim hat man laut Koran im Jenseits Rechenschaft darüber abzulegen, wie man seinen Körper behandelt hat. Trotzdem steht im Koran auch: „Und wenn ich krank bin, heilt ER mich“. Das bedeutet, dass der Heilungsprozess letztendlich durch Gott geschieht. Was mit dem Körper und der Gesundheit passiert, ist von Gott vorherbestimmt. Dies kann von einer Muslima oder einem Muslim so fehlinterpretiert werden, dass Gesundheit und Krankheit nicht in den eigenen Händen liegen und nur von Gott beeinflussbar sind. Das könnte erklären, wieso trotz vorliegender Beschwerdesymptomatik von den geflüchteten Frauen keine Arztpraxis aufgesucht wird, keine Medikamente für die entsprechende Erkrankung eingenommen werden oder kein Interesse an einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung besteht.

Aktuellen Studien zufolge besuchen Geflüchtete in Deutschland zwar weniger Allgemeinarztpraxen, aber dafür mehr Krankenhäuser und Notaufnahmen und fragen mehr Psychotherapie an als deutsche Patienten und Patientinnen (35). Sie nutzen die Gesundheitsversorgung im Vergleich zur restlichen Bevölkerung außerdem meist erst, wenn die Beschwerden schon länger bestehen; dann suchen sie jedoch vor allem später am Abend oder an den Wochenenden Hilfe auf (107). Im Moment werden außerdem Rehabilitation, Präventionsangebote und Selbsthilfegruppen sowie Schwangerschaftsvorsorgen von Menschen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen (96, 107, 108). Werden Präventionsangebote doch in Anspruch genommen, sind sie gemäß der aktuellen Literatur nicht so wirksam wie bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Gründe dafür sind Barrieren zu Zugang und zu Wirksamkeit, beispielsweise wegen Verständnisproblemen und Informationslücken oder Ängsten (108).

Präventive Gesundheitsversorgung ist deswegen laut Brzoska et al. besonders in Hinblick auf Rehabilitationsmöglichkeiten wichtig. Die aktuelle Gesundheitsversorgung muss sensibel auf die kulturspezifischen Bedürfnisse angepasst werden. Bezüglich des medizinischen Nutzungsverhaltens sollten Prävention und Gesundheitsversorgung so gefördert werden, dass gesundheitliche Leistungen von Geflüchteten in gleichem Maße in Anspruch genommen werden wie von Deutschen. So kann langfristig ein besserer gesundheitlicher Outcome erreicht werden (108).

### 4.3.2. Spezifische Gesundheitsrisiken bei Migrierenden

Es gibt nur wenig aktuelle Studien zur Gesundheitsversorgung von weiblichen Migrierenden in Deutschland.

Migrierende im Allgemeinen haben ein doppelt so hohes Risiko, Armut zu erleiden wie Nichtmigrierende (109). Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit wurde in der Literatur schon oft bestätigt (14).

Vor allem weibliche Migrierende nehmen der aktuellen Datenlage nach zu urteilen im Vergleich zu männlichen Migrierenden wegen der vorverteilten indoktrinierten Geschlechterrollen eine benachteiligte Stellung in Bezug auf Bildung und Spracherwerb im Ankunftsland ein. Wimmer-Puchinger et al. zeigten bereits 2006 in ihrer österreichischen Studie, dass sich weibliche Migrierende deswegen viel schlechter im Gesundheitssystem auskennen und schwieriger Gesundheitsinformationen zu beispielsweise Symptomen, Erkrankungen und Medikamentendosierungen erlangen, was auf Dauer erhebliche gesundheitliche Schäden zur Folge hat (103).

In den verschiedenen Lebensphasen Geflüchteter gibt es laut Brzoska et al. bestimmte Risikofaktoren für einen schlechteren Gesundheitszustand. Im Ursprungsland sind die Umweltbedingungen und die sozialen/politischen Bedingungen die Hauptrisikofaktoren. Die Fluchtbedingungen und die Umwelt- und sozialen Bedingungen im Ankunftsland kommen in der späteren Lebensphase dazu. Im Laufe der Zeit sind eine gescheiterte Integration und dazugehörige Sprachbarrieren, schlechte Arbeitsbedingungen und ein geringer SES Risikofaktoren für einen schlechteren Gesundheitszustand (110). Laut Brzoska et al. muss langfristig eine erfolgreiche Akkulturation gelingen, um Prävention bezüglich des Gesundheitszustands zu leisten (105). Dazu gehört, dass die soziokulturelle Situation inklusive Faktoren wie Wohnsituation (und Nachbarschaft), Sprachkompetenz, Aufbau und Aufrechterhaltung eines sozialen Netzwerks und finanzieller Lage verbessert und die Barrieren verringert werden müssen.

### 4.3.2.1. Sexuelle Missbrauchserfahrungen bei geflüchteten Frauen

Geflüchtete Frauen sind laut aktuellen Daten anfälliger gegenüber sexuellem Missbrauch, Vergewaltigung und anderen Formen von Gewalt. Dieses Thema ist in der vorliegenden Arbeit nicht beleuchtet worden. In einer Studie von Nesterko et al. gaben 46 % der weiblichen und 32 % der männlichen asylsuchenden Geflüchteten in Sachsen an, bereits sexuelle Gewalterfahrungen durchlebt zu haben. Allerdings wurde hierbei nicht zwischen Gewalterfahrungen vor, während oder nach der Flucht unterschieden. In dieser Gruppe fanden sich im Vergleich zu den Asylsuchenden ohne sexuelle Gewalterfahrung signifikant höhere Prävalenzen an psychischen Erkrankungen wie Depressionen und PTBS. Die weiblichen Asylsuchenden mit sexueller Gewalterfahrung gaben außerdem mehr somatische Symptome an (111).

In einer Metaanalyse von 2014, in welcher 19 Studien bezüglich sexualisierter Gewalterfahrung bei geflüchteten Frauen aus afrikanischen Ländern untersucht wurden, betrug die durchschnittliche Prävalenz von geflüchteten Frauen mit gemeldeten sexuellen Missbrauchserfahrungen 21,4 %. Da sich wahrscheinlich ein Großteil an sexueller Gewalt auch in den Notunterkünften und Flüchtlingsheimen abspielt und diese aufgrund von Scham- und Angstgefühl nicht gemeldet wird, ist die Dunkelziffer vermutlich viel höher. Es wird außerdem ein Zusammenhang zwischen sexualisierter Gewalterfahrung und chronischen Schmerzsyndromen sowie affektiven Störungen, Angststörungen und PTBS beschrieben (112).

In einem 2019 publizierten Review wurden höhere Prävalenzen von gemeldeten sexuellen Gewalterfahrungen bei weiblichen im Vergleich zu männlichen Geflüchteten angegeben. Gleichzeitig muss darauf hingewiesen werden, dass bei Männern sexuelle Missbrauchs- und Vergewaltigungserfahrungen in der Gesellschaft noch immer weitaus mehr tabuisiert werden und die Dunkelziffer hier vermutlich höher ist. Die Gewalterfahrungen fanden meistens in den Herkunftsländern durch die Partner statt, ein großer Teil jedoch auch auf der Flucht durch Offiziersbeamte, das Militär, die Polizei oder in den Flüchtlingsheimen (113).

Da es bei ungewolltem Geschlechtsverkehr häufiger zu Mikroläsionen der Haut und Schleimhäute im Genitalbereich kommt, kann man sich fragen, ob durch eine einfachere

Übertragung von STD wie HPV-Infektionen die Prävalenz für invasive Zervixkarzinome steigt. Coker et al. haben herausgefunden, dass die Zervixkarzinomrate bei Frauen, die in der Vergangenheit Opfer sexuellen Missbrauchs waren, am höchsten war (114).

Aufgrund dieses schlechteren Gesundheitsstatus und der gesundheitlichen Risiken in Bezug auf geschlechtsspezifische Gewalt bei geflüchteten Frauen ist ein niedrighschwelliger Zugang zu gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen gerade bei dieser Gruppe enorm wichtig.

### 4.3.3. Healthy-Migrant-Effekt

Im Gegensatz zu den spezifischen Gesundheitsrisiken bei Migrierenden postuliert der Healthy-Migrant-Effekt einen besseren Gesundheitszustand von Migrierenden verglichen mit der einheimischen Bevölkerung. Das kann dadurch erklärt werden, dass die Migration einen guten Gesundheitszustand voraussetzt. Dies lässt sich auch auf geflüchtete Menschen übertragen; ältere und nicht mehr so leistungsfähige Menschen treten die Flucht weniger wahrscheinlich an als junge leistungsstarke Menschen. Das spiegelt sich auch in den erfassten Daten dieser Studie wider; das durchschnittliche Alter betrug 35 Jahre, was geringer ist als das durchschnittliche Alter von 44,25 Jahren der deutschen Bevölkerung (115). Der aktuellen Literatur zufolge sind Geflüchtete nicht unbedingt gesünder, sondern einfach jünger. Umso länger der Aufenthalt im neuen Land aber ist, desto mehr nimmt der Healthy-Migrant-Effekt ab und der Gesundheitszustand von Migrierenden und Einheimischen wird vergleichbar (13).

### 4.3.4. „Doctorhopping“ und „Mittelmeer-Syndrom“

Migrierende befinden sich in der widersprüchlichen Situation, in der sie auf der einen Seite zu wenig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen (können) und auf der anderen Seite sogenanntes „Doctorhopping“ betreiben. Ein Beispiel für dieses Phänomen ist, dass laut dem RKI Frauen mit Migrationshintergrund ihre Frauenärztin oder ihren Frauenarzt aufgrund von Unzufriedenheit durch Diskriminierung oder Verständnisprobleme doppelt so häufig wechseln wie Frauen ohne Migrationshintergrund (96). Dies ist unter anderem auf kulturelle und sprachliche Verständnisprobleme zurückzuführen.

## Diskussion

In der Literatur wird außerdem angegeben, dass Migrierende eher unspezifische Symptome, Schmerzen und allgemeine Missempfindungen angeben. Schmerzäußerung und Schmerzunterdrückung sind letztendlich kulturgebunden. Bei Patientinnen und Patienten, die aus dem Mittelmeerraum stammen, ist der Ausdruck von Beschwerden eher ganzheitlich und körper- sowie schmerzbezogen und gerade psychische Belastungen werden eher durch körperlichen Schmerz dargestellt. Schmerz und Leiden werden stärker zum Ausdruck gebracht. Diese Symbolik ist den meisten westlichen Ärztinnen und Ärzten aber nicht verständlich und wird oft mit übertriebener Wehleidigkeit gleichgesetzt, was zu verurteilenden, stereotypisierenden und negativ konnotierten Begriffen wie „Mittelmeer-Syndrom“ führt. Die Schmerzen werden auf eine psychosomatische Ebene reduziert, sodass komplexe Krankheiten übersehen werden könnten und sich der Krankheitsverlauf verlängert und verschlimmert (96).

### 4.4. Ausblick/Zusammenfassung

#### 4.4.1. Aussagekraft und Ziel dieser Pilotstudie

Insgesamt zeigt sich, dass geflüchtete Frauen in dieser Studienpopulation ein besonders hohes Risiko für geburtsmedizinische und gynäkologische Beschwerden und Krankheiten haben und trotzdem unter einem inadäquaten Zugang zu gynäkologischen Versorgung leiden. Auch die allgemeine gesundheitliche Situation der Flüchtlingsgruppe ist schlecht.

Momentan herrscht eine mangelhafte repräsentative Datenlage bezüglich der gynäkologischen Gesundheitssituation bei geflüchteten Frauen. Laut den bisherigen Untersuchungen wird aber trotzdem ersichtlich, dass frauenspezifische Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen zu wenig in Anspruch genommen werden.

Weitere Studien sollten sich mit den spezifischen gynäkologischen Symptomen und Erkrankungen von geflüchteten Frauen befassen und diese auch in eine Verbindung mit dem psychischen Beschwerdebild stellen.

Wie am Anfang der Diskussion bereits erläutert, ist diese Arbeit nicht repräsentativ und daher sind keine allgemeingültigen Aussagen zur Gesundheitssituation von geflüchteten Frauen in Deutschland möglich. Sie dient primär dazu, Gesundheit an die geflüchteten

## Diskussion

Frauen zu bringen und ist als Pilotstudie zu sehen, deren Ergebnisse lediglich auf diese Studienpopulation zutreffen und daher im Rahmen einer größer angelegten Beobachtungsstudie überprüft werden müssen.

Auch wenn die Hypothesen aufgrund der kleinen Fallzahl dieser Studie weder sicher bestätigt noch widerlegt wurden, können bedeutende Erkenntnisse aus ihr entnommen werden:

Verbesserungen müssen im Bereich der Aufklärung und der Prävention sowie des Barrierenabbaus auf verschiedenen Ebenen angestrebt werden, um langfristige Gesundheitsverbesserungen durch mehr Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Berücksichtigung von frauenspezifischen Interessen und Bedürfnissen zu erlangen. Auch sollten die protektiven gesundheitlichen Faktoren, die geflüchtete Frauen mitbringen, frühzeitig identifiziert und so bewahrt und gefördert werden. Für geflüchtete Frauen müssen Hilfsstrukturen mit Zugangsinformationen bezüglich ihrer Rechte bestehen, die ihnen ein Sprachrohr geben, das ihre Bedürfnisse mitteilen kann. Es braucht neu definierte Rahmenbedingungen, um eine Form von Empowerment zu kreieren und Frauen in ihrer Selbstbestimmung zu stärken. Die aktuell dafür nur in geringem Maße vorhandenen gesellschaftlichen Strukturen sind nicht ausreichend und noch als zu kritisch zu betrachten.

Ziel sollte sein, dass Ehrenämter wie die Gyninitiative e.V. auf lange Sicht nicht mehr nötig sind, weil Geflüchtete und Menschen mit Fluchthintergrund vollkommen und ohne Benachteiligung von allen gesundheitlichen Leistungen profitieren und dabei ihre Konzepte von Gesundheit und Krankheit unter soziokulturellen Aspekten betrachtet und integriert werden. Auch wenn nicht jedes Krankheitskonzept und Problem spezifisch für Geflüchtete und/oder Migrierende ist, muss sich das deutsche Gesundheitssystem auf Dauer mit der immer größer werden ethnischen und kulturellen Vielfalt auseinandersetzen, um für die gesamte Bevölkerung unabhängig von der Herkunft angemessene Leistungen erbringen zu können.

### 4.4.2. Mögliches Studiendesign einer zukünftigen Untersuchung

Um zukünftig genauere Angaben zur gynäkologischen Gesundheitssituation bei geflüchteten Frauen machen zu können, wird im Folgenden in einem Gedankenexperiment diese

## Diskussion

Pilotstudie bezüglich der Führung und des Designs so verändert werden, dass stichhaltige Schlussfolgerungen und allgemeine Interpretationen möglich sind.

Es ist wichtig, eine zukünftige Studie so zu konzipieren, dass durch eine größere Fallzahl eine höhere statistische Power erlangt wird.

Geflüchtete Frauen müssen in möglichst vielen Flüchtlingslagern in Berlin rekrutiert werden. Dies gelingt nur durch eine hohe Anzahl an Projektteilnehmenden, welche sich auf verschiedene Berliner Bezirke aufteilen. Für jeden Bezirk kann hierfür ein Team aus jeweils mindestens einer Gynäkologin, Psychologin und Sprachvermittlerin/Dolmetscherin aufgestellt werden.

Um im nächsten Schritt mehr Zusagen an der Studienteilnahme zu erhalten, stellt sich die Frage, wie man besser an die Zielgruppe kommt. Hierfür muss eine stabile Vertrauensbasis geschaffen werden.

Für eine Erleichterung der Zugangsmöglichkeiten zu Informationen könnten in einem ersten Schritt leicht verständliche Informationsbroschüren in mehreren Notunterkünften und Flüchtlingslagern ausgehändigt werden, welche die Frauen zunächst ohne persönlichen Kontakt über bestimmte gynäkologische Themen informieren. Die jeweiligen Schwerpunkte könnten sein: Gesundheitsprävention und Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung, Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit, gesundheitliche Rechte geflüchteter Frauen in Deutschland. Die jeweiligen Textabschnitte sollten durch dazugehörige Illustrationen vervollständigt werden, um auch leseschwache Frauen zu integrieren und die Sprachbarriere zu minimieren.

Um darauf aufbauend eine Vertrauensbasis zu schaffen, erhalten die geflüchteten Frauen als Nächstes eine niedrighschwellige psychosoziale Betreuung durch fachlich geschultes, sensibilisiertes und muttersprachliches Personal. Diese könnte in einem geschützten neutralen Raum persönlich, telefonisch oder auf Wunsch zunächst auch anonym erfolgen.

Hat man eine Vertrauensbasis geschaffen, erhöht dies die Studienteilnahmequote.

Als Nächstes geht es darum, die Durchführung der Studie vor Ort so praktikabel wie möglich zu gestalten. Eine Kinderbetreuung ermöglicht den Frauen für die Zeit der Studienteilnahme eine Entlastung. Nicht in jeder Flüchtlingsunterkunft sind entsprechende

## Diskussion

Räumlichkeiten für gynäkologische Untersuchungen vorhanden. Die Teilnahme an der Studie ist jedoch mit mehr Hürden verbunden, wenn die geflüchteten Frauen selbstständig den Weg in eine dafür bereitgestellte Praxis oder Klinik machen müssen. Daher könnte eine mobile Arztpraxis eingerichtet werden, in welcher beispielsweise in einem umgebauten Kleinbus ein Behandlungszimmer samt aller nötigen gynäkologischen Utensilien integriert ist. Eine andere Idee wäre, den Frauen in Dreier- oder Vierergruppen Termine für die Studienteilnahme zu geben, sodass sie den Weg in die Klinik nicht alleine machen müssen.

Die Studie an sich sollte aus verschiedenen Punkten bestehen, dazu zählen ein validierter Fragebogen zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation der Frauen sowie eine körperliche gynäkologische Untersuchung samt Pap-Abstrich, HPV-Test und Brustuntersuchung. In einer größeren Studie könnten vor allem psychische Erhebungsinstrumente eingebaut werden, welche ein umfassenderes Bild der aktuellen gesundheitlichen und sozialen Situation zeichnen.

Aufbauend auf dieser Studie könnte eine Längsschnittstudie mit dem Forschungsziel aufgestellt werden, Aussagen zur Entwicklung der Gesundheitssituation bei geflüchteten Frauen über einen längeren Zeitraum treffen zu können. Findet nach der primären Erhebung eine regelmäßige Betreuung statt, kann die Rücklaufquote für die Folgerhebungen gesteigert werden. Hierfür sollte eine langfristige Stabilisierungsarbeit stattfinden, die die geflüchteten Frauen in ihrem erlernten Empowerment weiter unterstützt und darauf Zukunftsperspektiven aufbaut. Dies kann beispielsweise in monatlichen Abständen in Eins-zu-eins-Treffen und Gruppengesprächen erfolgen, die die Selbsthilfe der geflüchteten Frauen fördern.

## **Literaturverzeichnis**

1. Bundesministerium des Innern und für Heimat. Asyl und Flüchtlingsschutz: Asyl und Flüchtlingspolitik in Deutschland. 2017  
<https://www.bmi.bund.de/DE/themen/migration/asyl-fluechtlingsschutz/asyl-fluechtlingsschutz/asyl-fluechtlingsschutz-node.html>. (Zuletzt besucht: 09.04.2023)
2. Statista – das Statistik-Portal. Hauptherkunftsländer von Asylbewerbern in Deutschland im Jahr 2017. 2017  
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/154287/umfrage/hauptherkunftslaender-von-asylbewerbern/>. (Zuletzt besucht: 20.10.2017)
3. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Aktuelle Zahlen zu Asyl 2017. 2017.  
[http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-november-2017.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-november-2017.pdf?__blob=publicationFile). (Zuletzt besucht: 20.10.2017)
4. UNHCR The UN Refugee Agency. Historical Refugee Data 2012. 2012  
<http://data.unhcr.org/dataviz/#>. (Zuletzt besucht: 20.10.2017)
5. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region Copenhagen. WHO Regional Office for Europe; 2015. Health Evidence Network synthesis. Vol. 44: 6-19.
6. Gagnon A, Zimbeck M, Zeitlin J. Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. Soc Sci Med. 2009; 69(6):934-46.
7. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kuppelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. Soc Sci Med. 2009; 68(3):452-61.
8. Phillimore J. Delivering maternity services in an era of superdiversity: the challenges of novelty and newness. Ethn Racial Stud. 2015; 38(4):79-80.

## Literaturverzeichnis

9. Gerritsen A, Bramsen I, Devillé W, van Willigen L, Hovens J, van der Ploeg H. Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in the Netherlands. *Eur J Public Health*. 2006; 16(4):394-9.
10. Pfortmueller CA, Schwetlick M, Mueller T, Lehmann B, Exadaktylos AK. Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems? *PLOS ONE*. 2016; 11(2):e0148196.
11. Mohammadzadeh Z, Jung F, Lelgemann M. Gesundheit für Flüchtlinge – das Bremer Modell. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2016; 59(5):561-9.
12. Razum O, Bozorgmehr K. Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: The example of Germany. *Global Social Policy*. 2016; 16(3):321-24.
13. Knipper M, Bilgin Y. *Migration und Gesundheit: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.*; 2009.
14. Lampert T, Saß A, Häfeli M, Ziese T. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. 2005  
[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Armut.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Armut.pdf?__blob=publicationFile). (Zuletzt besucht: 11.09.2021 Uhr)
15. Binder S, Tomic J. Flüchtlingsforschung: sozialanthropologische Ansätze und genderspezifische Aspekte. *SWS-Rundschau*. 2003; 43(4):450-72.
16. Ernst C, Wattenberg I, Hornberg C. Gynäkologische und geburtshilfliche Versorgungssituation und -bedarf von gewaltbetroffenen Schwangeren und Müttern mit Flüchtlingsgeschichte. *IZGOnZeit Onlinezeitschrift des Interdisziplinären Zentrums für Geschlechterforschung (IZG)*. 2017:48-60.
17. Ferris E. Comparative Perspectives Symposium: Women in Refugee Camps. Abuse of Power: Sexual Exploitation of Refugee Women and Girls. *Signs Journal of Women in Culture and Society*. 2007; 32(3):584-91.

## Literaturverzeichnis

18. Rabe H. Effektiver Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt – auch in Flüchtlingsunterkünften. Policy Paper / Deutsches Institut für Menschenrechte. 2015; 32.
19. Buckley-Zistel S, Krause U, Loeper L. Sexuelle und geschlechterbasierte Gewalt an Frauen in kriegsbedingten Flüchtlingslagern – ein Literaturüberblick. PERIPHERIE. 2014;133(34):71-89.
20. Schouler-Ocak M, Kurmeyer C. Study on Female Refugees: Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland: Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. 2017  
[https://www.integrationsbeauftragte.de/Webs/IB/DE/Themen/GesellschaftUndTeilhabe/Medien/2017-03-22-study-on-female-refugees.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.integrationsbeauftragte.de/Webs/IB/DE/Themen/GesellschaftUndTeilhabe/Medien/2017-03-22-study-on-female-refugees.pdf?__blob=publicationFile&v=3). (Zuletzt besucht: 11.09.2021)
21. Beneker C. Versorgungssituation für Migrantinnen ist eine Katastrophe. Ärztezeitung: Springer Medizin; 2015  
<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Versorgungssituation-fuer-Migrantinnen-ist-eine-Katastrophe-246948.html>. (Zuletzt besucht: 10.04.2023)
22. Bulman K, McCourt C. Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: A case study. Critical Public Health. 2002; 12(4):365-80.
23. Razum O, Bunte A, Gilsdorf A. Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen: Taten ohne ausreichende Daten? Deutsches Ärzteblatt. 113(4):A-130/B-11/C-11.
24. Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM, Razum O. Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2016; 59(5):545-55.
25. Tinnemann P, Gundlach F, Nitschke H, Bunte A, Teichert U. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst: Allzeit bereit – nur wie lange noch? Georg Thieme Verlag 2016; 78:195-9.
26. Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. Asylbewerberleistungsgesetz §§ 4 und 6 Gesetze im Internet: Bundesrepublik

## Literaturverzeichnis

- Deutschland; 2017 <https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/index.html>. (Zuletzt besucht: 11.09.2021)
27. Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Medizinische Versorgung Asylsuchender 2018 [https://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/asyl/praxisinfo\\_asylsuchende.pdf](https://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/asyl/praxisinfo_asylsuchende.pdf). (Zuletzt besucht: 25.10.2017)
28. Ohlinger R, Brands F, Schweiger R, Rajevć N. Themendossier Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber: Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2016.
29. Klinkhammer G, Korzilius H. Asylleistungen in Deutschland: Flüchtlinge sind Patienten dritter Klasse. Deutsches Ärzteblatt. 2014;111(13):540-3.
30. Interpretationshilfe nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Institut für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein. 2016.
31. Classen G. Das Asylbewerberleistungsgesetz und das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum Stellungnahme zur Anhörung am 07.02.2011 im Ausschuss für die Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages Flüchtlingsrat Berlin e.V.: Förderverein PRO ASYL e.V.; 2011 [http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen AsylbLG Verfassung.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen%20AsylbLG%20Verfassung.pdf) (Zuletzt besucht: 25.10.2017)
32. Amtsblatt der Europäischen Union. Richtlinie 2000/43/EG zur Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes ohne Unterschied der Rasse oder der ethnischen Herkunft EUR-Lex. 2000 <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX%3A32000L0043>. (Zuletzt besucht: 11.09.2021)
33. Mahler C. Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge fortgeschrieben: Deutsches Institut für Menschenrechte 2015. 2015 <http://www.institut-fuermenschenrechte.de/aktuell/news/meldung/article/einschraenkungen-in-der-gesundheitsversorgung-fuer-fluechtlinge-fortgeschrieben>. (Zuletzt besucht: 25.10.2017)
34. Eichenhofer E. Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge. Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik. 2013:169-71.

## Literaturverzeichnis

35. Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K. Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study. *BMJ Open*. 2015; 5(e008784. doi:10.1136/bmjopen-2015-008784).
36. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi Experimental Study in Germany. *PLoS ONE*. 2015; 10(7).
37. Sothmann P, Schmedt auf der Grüne N, Addo M, Lohse A, Schmiedel S. Medical care for asylum seekers and refugees at the University Medical Center Hamburg-Eppendorf – A case series. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2016:34-7.
38. Thießen M. Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert. *Historische Zeitschrift Beihefte NF*. 2014; 64.
39. Classen G. Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge. *Medizinische Versorgung: Flüchtlingsrat Berlin*. 2011 [http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie\\_fuer\\_Fluechtlinge.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie_fuer_Fluechtlinge.pdf). (Zuletzt besucht: 25.10.2017)
40. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., Deutsche Krebsgesellschaft e.V. Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie: S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom. 2014 [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/032-033OLk\\_S3\\_Zervixkarzinom\\_2014-10.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-033OLk_S3_Zervixkarzinom_2014-10.pdf). (Zuletzt besucht: 30.10.2017)
41. Robert Koch-Institut. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. *Epidemiologisches Bulletin*. 2009; 32:319-38.
42. Hillemanns P, Mehlhorn G, Rinnau F, Soergel P, Beckmann M. HPV-Infektion: Impfung, Diagnostik und Therapie. Georg Thieme Verlag. *Geburtshilfe Frauenheilkunde*. 2007; 67(1):1-28.
43. Clifford G, Smith J, Aguado T, Franceschi S. Comparison of HPV type distribution in high-grade cervical lesions and cervical cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 2003; 89(1):101-5.

## Literaturverzeichnis

44. World Health Organization. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. 2013: Fact sheet Nr. 380.
45. Muñoz N, Bosch F, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah K, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med.* 2003; 348(6):518-27.
46. Mzarico E, Gómez-Roing M, Guirado L, Lorente N, Gonzalez-Bousquet E. Relationship between smoking, HPV infection, and risk of Cervical cancer. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2015; 36(6):677-80.
47. Bosch F, Lorincz A, Muñoz N, Meijer C, Shah K. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer *Journal of Clinical Pathology.* *Journal of Clinical Pathology.* 2002; 55:244-65.
48. Schiffman M, Castle P, Jeronimo J, Rodriguez A, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet.* 2007; 370(9590).
49. Khan M, Partridge E, Wang S, Schiffman M. Socioeconomic status and the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 among oncogenic human papillomavirus DNA-positive women with equivocal or mildly abnormal cytology. *Cancer.* 2005; 104:61-70.
50. Prevention CfDCa. Human papillomavirus: Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases 2015 <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hpv.html>. (Zuletzt besucht: 17.01.2018)
51. Suerbaum S, Burchard G, Kaufmann S, Schulz T. Papillomviren und Polyomaviren. 2016. In: *Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie.* 9. Auflage. Berlin, Springer Verlag; 2020. p. 542-3].
52. Kjaer S, van den Brule A, Paull G, Svare E, Sherman M, Thomsen B, et al. Type specific persistence of high risk human papillomavirus (HPV) as indicator of high grade cervical squamous intraepithelial lesions in young women: population based prospective follow up study. *BMJ.* 2002; 325(7364):572.
53. Bahrami A, Hasanzadeh M, Shahidsales S, Farazestanian M, Mahdi Hassanian S, Moetamani Ahmadi M, et al. Genetic susceptibility in cervical cancer: From bench to bedside. *Journal of Cellular Physiology.* 2017; 233(3):1929-39.

## Literaturverzeichnis

54. Stauber M, Weyerstahl T. Veränderungen und Tumoren der Cervix uteri. Duale Reihe Gynäkologie und Geburtshilfe. 23. Auflage. Stuttgart, Thieme; 2005. p. 232-52.
55. Ramirez P, Pareja R, Rendón G, Millan C, Frumovitz M, Schmeler K. Management of low-risk early-stage cervical cancer: Should conization, simple trachelectomy, or simple hysterectomy replace radical surgery as the new standard of care? Gynecologic Oncology. 2014; 132(1):254-9.
56. Bratila E, Bratila C, Coroleuca C. Radical Vaginal Trachelectomy with Laparoscopic Pelvic Lymphadenectomy for Fertility Preservation in Young Women with Early-Stage Cervical Cancer. Indian J Surg. 2016; 78(4):265-70.
57. Speiser D, Mangler M, Köhler C, Hasenbein K, Hertel H, Chiantera V, et al. Fertility Outcome After Radical Vaginal Trachelectomy: A Prospective Study of 212 Patients. International Journal of Gynecological Cancer. 2011; 21(9):1635-9.
58. Katalinic A, Bartel C. Epidemiologie Mammakarzinom: Institut für Krebs epidemiologie e.V. an der Universität zu Lübeck. 2006 <http://www.krebsregister-sh.de/datenbank/Epidemiologie%20Mammakarzinom%202006.pdf>. (Zuletzt besucht: 20.01.2018)
59. Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Medizinische Fachgesellschaften. Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. 2012 <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/leitlinien/ll-news.html>. (Zuletzt besucht: 21.01.2018).
60. Janni W, Müller V. Brustkrebs: Patientenratgeber zu den AGO-Empfehlungen 2017. 2017 [https://www.ago-online.de/fileadmin/downloads/pdf/2016/AGO\\_Brustkrebs\\_2016.pdf](https://www.ago-online.de/fileadmin/downloads/pdf/2016/AGO_Brustkrebs_2016.pdf). (Zuletzt besucht: 21.08.2018)
61. Beckmann M, Werner Y, Renner S, Fasching P, Jap D, Kuschel B. Krebsfrüherkennung in der Frauenärztlichen Praxis. Gynäkologe. 2000; 33:474-82.

## Literaturverzeichnis

62. Evans A. Hormone replacement therapy and mammographic screening. *Clin Radiol.* 2002; 57:563-4.
63. Albert U, Kalder M, Schulte H, Klusendick M, Diener J, Schultz-Zehden B, et al. Das populationsbezogene Mammographie-Screening-Programm in Deutschland: Inanspruchnahme und erste Erfahrungen von Frauen in 10 Bundesländern. *Senologie.* 2011; 8:145-54.
64. Albert U. Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland 1. Aktualisierung 2008. 2008 [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/077-001\\_S3\\_Brustkrebs-Fruherkennung\\_lang\\_02-2008\\_02-2011.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/077-001_S3_Brustkrebs-Fruherkennung_lang_02-2008_02-2011.pdf). (Zuletzt besucht: 26.08.2018)
65. Piroozmand A, Mostafavi Zadeh S, Madani A, Soleimani R, Nedaeinia R, Niakan M, et al. The Association of High Risk Human Papillomaviruses in Patients With Cervical Cancer: An Evidence Based Study on Patients With Squamous Cell Dysplasia or Carcinoma for Evaluation of 23 Human Papilloma Virus Genotypes. *Jundishapur J Microbiol.* 2016; 9(4).
66. Kaliterna V, Barisic Z. Genital human papillomavirus infections. *Front Biosci (Landmark Ed).* 2018; 23:1587-611.
67. Zentrum für Krebsregisterdaten. Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) ICD-10 C53: Robert Koch-Institut; 2017.
68. Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer.* 2010; 127(12):2893–917.
69. Chironna M, Tafuri S, De Robertis A, Sallustio A, Morea A, Napoli A, et al. Immigrant Minority Health. *Journal of Immigrant and Minority Health.* 2013; 15:159.
70. (IRAC) WaIAfRoC. Cancer Today. 2017 [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-dual-bars?mode=cancer&mode\\_population=continents&population=901&sex=2&cancer=16&type=2&statistic=0&prevalence=1&color\\_palette=default](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-dual-bars?mode=cancer&mode_population=continents&population=901&sex=2&cancer=16&type=2&statistic=0&prevalence=1&color_palette=default). (Zuletzt besucht: 25.01.2018)

## Literaturverzeichnis

71. Zentrum für Krebsregisterdaten. Brustkrebs (Mammakarzinom) ICD-10 C50: Robert-Koch-Institut; 2014  
[https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs\\_node.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs_node.html). (Zuletzt besucht: 21.01.2018)
72. Gemeinsamer Bundesausschuss. Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Bundesanzeiger AT 07.11.2017 B32017 [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1461/KFE-RL\\_2017-07-20\\_iK-2017-11-08.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1461/KFE-RL_2017-07-20_iK-2017-11-08.pdf). (Zuletzt besucht: 02.02.2018)
73. Arbyn M, Raifu A, Weiderpass E, Bray F, Anttila A. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. *Eur Journal Cancer*. 2009; 45:2640-8.
74. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2008; 32:291.
75. Griesser H, Marquardt K, Jordan B, Küppers V, Giesecking F, Kühn W. Zervix-Zytologie: Das Prozedere bei auffälligen Befunden – Kommentar zur Münchner Nomenklatur III. *Frauenarzt*. 2015; 56(1):10-3.
76. Petry K. HPV and cervical cancer. *Scand J Clin Lab Invest Suppl*. 2014; 244:59-62.
77. Thomsen L, Frederiksen K, Munk C, Junge J, Castle P, Iftner T, et al. High-risk and low-risk human papillomavirus and the absolute risk of cervical intraepithelial neoplasia or cancer. *Obstet Gynecol*. 2014; 123(1):57-64.
78. Lee L, Garland S. Human papillomavirus vaccination: the population impact. *F1000Res*. 2017; 6:866.
79. Wheeler C, Castellsagué X, Garland S, Swarewski A, Paavonen J, Naud P, Salmerón J, Chow S-N, Apzer D, Kitchener H, Teixeira J, Skinner R, Jaisamrarn U, Limson G, Romanowski B, Aoki F, Schwarz T, Poppe W, Bosch X, Harper D, Huh W, Hardt K, Zahaf T, Descamps D, Struyf F, Dubin G, Lehtinen M. Cross-protective efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused

## Literaturverzeichnis

by non-vaccine oncogenic HPV types: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *The Lancet*. 2012; 13(1):100-10.

80. Braaten K, Laufer M. Human Papillomavirus (HPV), HPV-Related Disease, and the HPV Vaccine. *Rev Obstet Gynecol*. 2008; 1(1):2-10.

81. Joura E, Guiliano A, Iversen O, Bouchard C, Mao C, Mehlsen J, Moreira E, Ngan Y, Petersen L, Lazcano-Ponce E, Pitisuttithum P, Restrepo J, Stuart G, Woelber L, Cheng Yang Y, Cuzick J, Garland S, Huh W, Kjaer S, Bautista O, Chan I, Chen J, Gesser R, Moeller E, Ritter M, Vuocolo S, Luxembourg A. A 9-valent HPV vaccine against infection and intraepithelial neoplasia in women. *N Engl J Med*. 372(8):711-23.

82. Robert Koch-Institut. Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung der HPV-Impfung für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. *Epidemiologisches Bulletin*. 2018; 26:233-54.

83. Largeron N, Petry K, Jacob J, Bianic F, Anger D, Uhart M. An estimate of the public health impact and cost-effectiveness of universal vaccination with a 9-valent HPV vaccine in Germany. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2017; 17(1):85-98.

84. Rao R, Patil S, Majumdar B, Oswal R. Comparison of special stains for keratin with routine hematoxylin and eosin stain. *J Int Oral Health*. 2015; 7(3):1-5.

85. Hillemanns P. Zervixkarzinom: Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge: 2. Auflage. München, Zuckschwerdt Verlag; 2004. p. 1-96

86. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie und Kolposkopie e.V.: Empfehlungen der AGCPC zur Kolposkopie, Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen des unteren Genitaltraktes der Frau. 2015 <https://www.ag-cpc.de/wp-content/uploads/2018/07/Giesecking-Empf-AG-CPC.pdf>. (Zuletzt besucht: 10.04.2023)

87. Frank W, Konta B, Peters-Engl C. PAP-Test zum Screening auf Zervixkarzinom. Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information. 1. Auflage. Köln, DAHTA@DIMDI; 2005. p. 4-44.

## Literaturverzeichnis

88. Klein P. Asylbewerber und ihre Versorgungssituation. *Der Internist*. 2016; 57(5):402-8.
89. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer. Germany Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2017. 2017 [http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/DEU\\_FS.pdf](http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/DEU_FS.pdf). (Zuletzt besucht: 21.10.2018)
90. Lellé R, Rehmsmeier C, Regidor M, Maier E, Eltze E. HPV-Test nicht sinnvoll bei zytologischem Dysplasieverdacht. *Frauenarzt*. 2007; 48(4):356-9.
91. Onkologie L. S3-Leitlinie Prävention des Zervixkarzinoms. AWMF online. 2017. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-027OL> (Zuletzt besucht: 10.04.2023)
92. Sung H FJ, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021:209-49.
93. PATH. Global HPV Vaccine Introduction Overview: projected and current national introductions, demonstration/pilot projects, gender-neutral vaccination programs, and global HPV vaccine introduction maps (2006–2022). 2019 <https://www.path.org/resources/global-hpv-vaccine-introduction-overview/> (Zuletzt besucht: 06.06.2022)
94. Gagnon A, Van Hulst A, Merry L, George A, Saucier J, Stanger E, et al. Cesarean section rate differences by migration indicators. *Arch Gynecol Obstet*. 2013; 287(4):633-9.
95. Ozel S, Yaman S, Kansu-Celik H, Hincerliogullari N, Balci N, Engin-Ustun Y. Obstetric Outcomes among Syrian Refugees: A Comparative Study at a Tertiary Care Maternity Hospital in Turkey. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018; 40(11):673-9.
96. Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß A-C, Ulrich R. Robert Koch-Institut: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit. 2008 <http://www.gbe-bund.de/pdf/migration>. (Zuletzt besucht: 11.09.2021)

## Literaturverzeichnis

97. Alvarez-Nieto C, Pastor-Moreno G, Grande-Gasón M, Linares-Abad M. Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reproductive Health*. 2015; 12:79.
98. Spallek J, Arnold M, Razum O, Juel K, Rey G, Deboosere P, et al. Cancer mortality patterns among Turkish immigrants in four European countries and in Turkey. *Eur J Epidemiol*. 2012; 27(12):915-21.
99. Siegel J, Horan S, Teferra T. Health and health care status of African-born residents of Metropolitan Washington, DC. *J Immigr Health*. 2001; 3(4):213-24.
100. Piwowarczyk L, Bishop H, Saia K, Crosby S, Mudymba F, Hashi N. Pilot Evaluation of a Health Promotion Program for African Immigrant and Refugee Women: The UJAMBO Program. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2013; 15(1):219-23.
101. Zhang Y, Ornelas I, Do H, Magarati M, Jackson J, Taylor V. Provider Perspectives on Promoting Cervical Cancer Screening Among Refugee Women. *Journal of Community Health*. 2016; 42(3):583-90.
102. Wilson L, Rubens-Augustson T, Murphy M, Jardine C, Crowcroft N, Hui C, et al. Barriers to immunization among newcomers: A systematic review. *Vaccine*. 2018; 36(8):1055-62.
103. Wimmer-Puchinger B, Wolf H, Engleder A. Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2006; 49:884-92.
104. Arnold M, Razum O, Coebergh J. Cancer risk diversity in non western migrants to Europe: An overview of the literature. *Eur J Cancer*. 2010; 46(14):2647-59.
105. Reiss K, Schunck R, Razum O. Effect of Length of Stay on Smoking among Turkish and Eastern European Immigrants in Germany--Interpretation in the Light of the Smoking Epidemic Model and the Acculturation Theory. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 12(12):15925-36.

## Literaturverzeichnis

106. BZgA. Wenn Fluchterfahrung anfällig für Alkoholmissbrauch macht [press release]. 2017 <https://www.bzga.de/presse/pressemitteilungen/2017-12-05-wenn-fluchterfahrung-anfaellig-fuer-alkoholmissbrauch-macht/>. (Zuletzt besucht: 13.08.2022)
107. Brause M, Schott T. Reha-Inanspruchnahme und Erfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. In: Schott T, Razum O, Hrsg. Migration und medizinische Rehabilitation. Weinheim, Basel, Beltz Juventa Verlag; 2013. p. 62-91
108. Brzoska P, Razum O. Versorgungsprobleme und mögliche Lösungsstrategien bei Menschen mit Migrationshintergrund. Dtsch med Wochenschr. 2014; 139(38):1895-7.
109. 10. Bericht der Beauftragen der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. 2014 <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/992814/733826/9e310b776de8879946bc464935d23d0/10-auslaenderbericht-2015-download-ba-ib-data.pdf>. (Zuletzt besucht: 11.09.2021)
110. Brzoska P, Ellert U, Kimil A, Razum O, Sass A, Salman R, et al. Reviewing the topic of migration and health as a new national health target for Germany. International Journal of Public Health. 2015; 60(1):13-20.
111. Nesterko Y SK, Glaesmer H. Sexual Violence and Mental Health in Male and Female Refugees Newly Arrived in Germany. Dtsch Arztebl Int. 2021; 118(8):130-1.
112. Vu A AA, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, Beyrer C, Singh S. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. PLoS Curr 2014. 2014; 6.
113. Araujo JO SF, Proenca R, Bastos ML, Trajman A, Faerstein E. Prevalence of sexual violence among refugees: a systematic review. Rev Saude Publica. 2019; 53(78).
114. Coker AL HC, DeSimone CP, Bush HM, Crofford L. Violence against Women Raises Risk of Cervical Cancer. J Womens Health (Larchmt). 2009; 18(8):1179-85.
115. Statistik-Portal SD. Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland nach Staatsangehörigkeit am 31. Dezember 2015. 2015 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/723069/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-deutschland-nach-staatsangehoerigkeit/>. (Zuletzt besucht: 03.08.2018)

## **Eidesstattliche Versicherung**

„Ich, Sabrin Tamim, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Geflüchtete Frauen und Gesundheitsprävention: Epidemiologie von gynäkologischen Erkrankungen und Bedürfnissen bei geflüchteten Frauen. Female Refugees and preventive health care: An epidemiological study of gynecological diseases and needs among female refugees“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

## Eidesstattliche Versicherung

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§ 156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

**Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## Danksagung

### Danksagung

Diese Doktorarbeit wurde an der Klinik für Gynäkologie und Brustzentrum des Campus Charité Mitte angefertigt und von der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum unterstützt. An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mir bei der Planung und Durchführung meiner Dissertation behilflich waren.

Mein herzlicher Dank gilt zunächst meiner Doktormutter Prof. Dr. Mandy Mangler für die Bereitstellung des Themas dieser Dissertation. Sie hat mir stets konstruktive Rückmeldung gegeben und sich intensiv mit der Arbeit beschäftigt. Außerdem hat sie mich immer wieder dazu ermutigt, bis an die Grenzen dieser Arbeit zu gehen und die Themen aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten. Meiner Erstbetreuerin PD Dr. med. Malgorzata Lanowska möchte ich ebenfalls dafür danken, mich in den unterschiedlichsten Phasen der Arbeit unterstützt zu haben.

Besondere Hilfe habe ich durch alle Mitglieder des Vereins Gyninitiative e.V. bei den Informationsveranstaltungen und Untersuchungen in den Flüchtlingsheimen erhalten. Dabei hat mir besonders Dr. med. Janina Betzler vor allem in den Anfängen meiner Arbeit stets zur Seite gestanden und mir konstruktive Rückmeldungen gegeben.

Auch möchte ich PD Dr. rer. nat. Andreas Kaufmann als Fachexperten auf dem Gebiet der HPV-Forschung meinen Dank für die ausgiebige Diskussion meiner Studienergebnisse aussprechen. PD Dr. phil. Ulrike Grittner danke ich für die Einführung in die Statistik, Antworten auf methodische Fragen und die Auswertung des Fragebogens im Rahmen dieser Doktorarbeit. Als Expertin auf dem Gebiet der Datenanalyse ist es mir durch ihre Hilfe gelungen, die Studienergebnisse in den richtigen Kontext zu bringen.

Ebenfalls danken möchte ich der Charité für die Bereitstellung der Räumlichkeiten und der Materialien.

Mein tiefster Dank gilt meiner Mutter, meiner Schwester und vor allem meinem Ehemann für ihre Geduld, ihre Ermutigungen und ihre Liebe während der Erstellung dieser Doktorarbeit.

**Bescheinigung Statistik**

  
CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

Charité | Campus Charité Mitte | 10117 Berlin

**Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie (iBikE)**  
Direktor: Prof. Dr. Geraldine Rauch

Postanschrift:  
Charitéplatz 1 | 10117 Berlin  
Besucheranschrift:  
Reinhardtstr. 58 | 10117 Berlin

Tel. +49 (0)30 450 562171  
geraldine.rauch@charite.de  
<https://biometrie.charite.de/>



**Name, Vorname: Tamim (ehemals Jammoul), Sabrin**  
**Emailadresse: sabrin.Tamim@charite.de**  
**Matrikelnummer: 219159**  
**PromotionsbetreuerIn: PD Dr. Mandy Mangler**  
**Promotionsinstitution/ Klinik: Gynäkologie (Auguste-Victoria-Klinikum)**

**Bescheinigung**

Hiermit bescheinige ich, dass Frau *Sabrin Tamim* innerhalb der Service Unit Biometrie des Instituts für Biometrie und klinische Epidemiologie (iBikE) bei mir eine statistische Beratung zu einem Promotionsvorhaben wahrgenommen hat. Folgende Beratungstermine wurden wahrgenommen:

- Termin 1: 30.01.2018
- Termin 2: 22.02.2018

Folgende wesentliche Themen hinsichtlich einer sinnvollen Auswertung und Interpretation der Daten wurden während der Beratung besprochen:

- *Statistische Verfahren zur Auswertung der Daten aus einer Studie zu Flüchtlingsfrauen und die Bereitschaft zu gynäkologischer Behandlung;*
- *Deskriptive Statistik, Chi-Quadrat-Test, t-Test, Mann-Whitney-Test, Binomialtest*
- *Anwendung in SPSS*

Diese Bescheinigung garantiert nicht die richtige Umsetzung der in der Beratung gemachten Vorschläge, die korrekte Durchführung der empfohlenen statistischen Verfahren und die richtige Darstellung und Interpretation der Ergebnisse. Die Verantwortung hierfür obliegt allein dem Promovierenden. Das Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie übernimmt hierfür keine Haftung.

Datum: 27.02.2019

Name des Beraters/ der Beraterin: Ulrike Grittner

  
**UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN**  
Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie  
Campus Charité Mitte  
Charitéplatz 1 | D-10117 Berlin  
Besucheranschrift: Rahel-Hirsch-Weg 5