

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:599–620
 DOI 10.1007/s00103-016-2336-5
 Online publiziert: 18. April 2016
 © The Author(s) 2016. This article is available
 at SpringerLink with Open Access



Kayvan Bozorgmehr¹ · Amir Mohsenpour¹ · Daniel Saure³ · Christian Stock³ ·
 Adrian Loerbroks⁴ · Stefanie Joos² · Christine Schneider¹

¹ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

² Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland

³ Institut für Medizinische Biometrie und Informatik (IMBI), Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

⁴ Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014)

Aus internationalen Studien ist belegt, dass Asylsuchende und Flüchtlinge eine höhere Krankheitslast aufweisen und häufiger an psychischen, Infektions- und nicht übertragbaren chronischen Erkrankungen leiden [1–4]. Die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen ist daher in besonderem Maße von zielgruppenspezifischen Angeboten abhängig. In Deutschland fehlt jedoch eine solide Datenbasis, auf deren Grundlage Planung, Evaluation, Monitoring oder Surveillance erfolgen kann [5].

Somit bleiben gesundheitliche Auswirkungen unerkannt, die mit potenziellen Gesundheitsdeterminanten verschiedener Migrationsphasen (Prä-, Peri- und Postmigration) einhergehen. Dies gilt insbesondere für die Postmigrationsphase mit Beginn der Ankunft in Deutschland: Die mit dem Asylverfahren verbundenen Lebensumstände in Erstaufnahmeeinrichtungen oder Sammelunterkünften, häufige Relokationen zwischen Bundesländern, Landkreisen

und Kommunen sowie die generell unsichere Zukunftsperspektive aufgrund eines prekären Aufenthaltsstatus sind allesamt potenziell belastende Faktoren, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können.

Die seit dem 1.11.1993 eingeführten rechtlichen Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) sehen einen eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende vor. Diese Regelungen werden seit den 1990er-Jahren immer wieder kritisiert, so zum Beispiel durch Einzelfallberichte aus den Medien [6, 7] oder Erfahrungsberichte aus der Arbeit zivilgesellschaftlicher Organisationen und Versorger [8, 9]. Die möglichen systemischen Auswirkungen der Regelungen des AsylbLG auf Versorgungsaspekte wie Zugang, Qualität oder Kosten bleiben aber aufgrund fehlender Routinestatistiken weitgehend verborgen.

Umso wichtiger ist daher der Beitrag empirischer Studien, die den Gesundheitszustand bzw. die medizinische Ver-

sorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen beleuchten. Damit der Beitrag der Wissenschaft seine größtmögliche Wirkung entfalten kann, ist es wichtig, bestehendes Wissen zusammenzutragen, Redundanz zu vermeiden und Forschungslücken zu identifizieren, die für die heterogene Bevölkerungsgruppe der Asylsuchenden und Flüchtlinge und/oder für Entscheidungsträger und Versorger relevant sind. Um zielgerichtete Forschungsanstrengungen zu ermöglichen, ist eine Übersicht der Forschungslandschaft unerlässlich.

Im Jahr 2014 nahmen wir das 20-jährige Bestehen des AsylbLG als Anlass, diese Lücke zu schließen und eine systematische Übersicht der Forschungslandschaft zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen zu erstellen. Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit ist es anhand eines *evidence mappings* darzulegen, welche Aspekte der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitszustands von Asylsuchenden die Forschung bereits

abdeckt, was aus diesen Forschungsergebnissen bekannt ist und wo ungedeckter, prioritärer Forschungsbedarf besteht.

Methoden

Studiendesign

Bei der vorliegenden Arbeit haben wir das klassische Vorgehen der systematischen Literaturrecherche um den Ansatz des *evidence mappings* ergänzt [10]. Hierbei ist der Anspruch, eher die Forschung zu einem spezifischen Bereich in ihrer ganzen Breite abzubilden im Gegensatz zur Darstellung von Befunden zu einem spezifischen Teilaspekt. Vor Beginn der Recherche wurde ein Review-Protokoll erstellt, in einem prospektiven Register registriert (PROSPERO 2014:CRD42014013043) und in einer Peer-Review Zeitschrift publiziert [11]. An dieser Stelle werden daher nur die wichtigsten Angaben der PRISMA-Guidelines aufgeführt.

Suchstrategien

Es wurden drei Suchstrategien verfolgt:

1. die Suche in insgesamt elf bibliografischen Datenbanken (PubMed/MEDLINE; ISI Web of Science; International Bibliography of Social Sciences; Sociological Abstracts; Social Science Citation Index; Worldwide Political Science Abstracts; CINAHL; Sowiport; ASSIA; Medpilot; Deutsche Nationalbibliothek) sowie im Internet (über Google) zur Identifizierung grauer Literatur. Die Suche in den jeweiligen Datenbanken fand im August bzw. September 2014 statt (Web of Science, Medpilot: 22/08/14; SSCI, ASSIA: 24/08/14; Sowiport: 25/08/14; PubMed, IBSS, Sociological Abstracts, WPolScA: 09/09/14; CINAHL, DNB: 30/09/14; Google: 02/09/14)
2. Durchsicht der Referenzlisten eingeschlossener Artikel
3. Anfrage bei 47 Experten aus 31 Organisationen nach grauer Literatur

Retrospektiv gab es bei der Suche keine zeitliche Beschränkung. Erst während des Volltextscreenings wurde differen-

ziert zwischen Studien, die vor 1990 bzw. seit 1990 publiziert wurden.

Suchbegriffe

Internationale Datenbanken wurden mit den Suchbegriffen ((refugee* OR asylum*) AND (health* OR access OR utilization) AND german*), deutschsprachige mit den Begriffen (Flüchtling OR asyl* AND gesundheit*) durchsucht. Die Suchen erfolgten in Titeln, Abstracts und Schlüsselbegriffen ohne Einschränkungen bzgl. Zeitraum oder Sprache. Für die Internetsuche wurden unterschiedliche Suchbegriffkombinationen verwendet (s. Review-Protokoll [11]).

Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Artikel, die (i) empirisch waren (d. h. quantitative oder qualitative Primärstudien unabhängig von ihrer Datenquelle sowie Reviews empirischer Studien), (ii) Asylsuchende oder Flüchtlinge in Deutschland als differenzierbare Studienpopulation angaben, (iii) einen Gesundheits- oder Versorgungsparameter als Zielgröße berichteten und (iv) auf Deutsch oder Englisch verfasst waren.

In die Evidenzsynthese und das „Mapping“ wurden nur Artikel eingeschlossen, die im Jahr 1990 oder später publiziert wurden. Die Art der jeweils untersuchten Zielgröße stellte kein Einschluss-/Ausschlusskriterium dar, sofern sie mindestens einen Bereich der Gesundheit (körperliches, seelisches, soziales Wohlbefinden) und/oder der medizinischen Versorgung adressierte (s. Review-Protokoll [11]).

Ausschlusskriterien: unklare Studienpopulationen (z. B. Migranten¹ ohne genauere Angaben; fehlende stratifizierte Ergebnisse für Asylsuchende/Flüchtlinge als Teil genereller Migrantenpopulationen); undokumentierte/illegalisierte Migranten sowie Artikeltypen, die nicht der

¹ Im vorliegenden Beitrag wird aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung nur die männliche (Berufs-/Personen-) Bezeichnung verwendet. Es sind jedoch stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

empirischen Literatur zuzuordnen waren (Kommentare, Diskussionspapiere, journalistische Interviews, Policy Berichte, Bücher, Tagungsbände, Kongress-Abstracts ohne verfügbare Volltexte). Im Laufe des Auswahlprozesses (siehe nachfolgend) wurden die Ausschlusskriterien ergänzt um Studien, die ausschließlich Aussiedler, Binnenflüchtlinge im Rahmen des zweiten Weltkriegs oder Flüchtlinge aus der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) als Studienpopulation angaben.

Weiterhin wurde eine Residualkategorie für jene Studien erstellt, die formell die Einschlusskriterien erfüllten, jedoch vor 1990 publiziert wurden und bereits historischen Charakter hatten, die internationale Studien ohne stratifizierte Daten für Deutschland oder Sekundärliteratur darstellten, die nicht ausschließlich auf empirischem Material beruhte.

Studienauswahl

Die Studienauswahl erfolgte in zwei Schritten: 1.) unabhängiges Screening von Titeln und Abstracts gefundener Treffer durch jeweils zwei Reviewer (50 %: Christine Schneider [CS], Kayvan Bozorgmehr [KB]; 50 %: Amir Mohsenpour [AM], Stefanie Joos [SJ]), 2.) unabhängiges Screenen der Volltexte aller im ersten Schritt als geeignet bewerteten Treffer durch zwei Reviewer (CS, AM). In beiden Schritten wurden diskrepante Ratings in Konsensusmeetings mit mindestens drei Reviewern des Kernteams (KB, SJ, AM, CS) diskutiert und einvernehmlich ein- oder ausgeschlossen.

Gütekriterien der Suchstrategie

Als Gütekriterien der Suchstrategie wurden die Spezifität (Anteil geeigneter Artikel an allen Treffern) sowie anhand eines (vom Studienprotokoll abweichenden) Test-Sets [12–17] die Sensitivität errechnet (Anteil geeigneter Artikel an allen richtig positiven).

Datenextraktion

Auf Grundlage international empfohlener Reporting-Items für Beobachtungsstudien (STROBE) und qualitative Studi-

K. Bozorgmehr · A. Mohsenpour · D. Saure · C. Stock · A. Loerbroks · S. Joos · C. Schneider

Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014)

Zusammenfassung

Hintergrund. Aufgrund fehlender Routinestatistiken des Gesundheitsstatus und der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden kommt empirischen Studien eine besondere Rolle bei der Abbildung dieser Aspekte zu.

Ziel der Arbeit (Fragestellung). Ziel dieses Reviews ist es, die Forschungslandschaft in diesem Bereich umfassend abzubilden, empirische Erkenntnisse zu synthetisieren und prioritären Forschungsbedarf abzuleiten.

Methoden. Eine dreigliedrige Suchstrategie umfasste die Suche nach empirischen Studien in nationalen/internationalen Datenbanken und im Internet, das Durchsuchen von Referenzlisten sowie Anfragen an Experten. Alle Studien, die vorab festgelegte Einschlusskriterien erfüllten, wurden in einer Evidenz-Map thematisch strukturiert und in einer narrativen Synthese beschrieben.

Ergebnisse. Die Suche ergab 1190 Treffer. Davon erfüllten 52 Artikel alle Einschlusskriterien. Es lagen 41 quantitative Studien (78,9%), 10 qualitative (19,2%) und ein Review (1,9%) vor. Insgesamt 30 Primärstudien (58,9%) untersuchten Aspekte der psychischen Gesundheit, gefolgt von Infektionskrankheiten ($n = 12$, 23,5%). Die qualitativen Studien, meist Ethnografien und Fallstudien, thematisierten psychische Erkrankungen und soziale Determinanten der Gesundheit und belegen einen Einfluss der Lebensumstände auf Gesundheit und Versorgung. Wenige Studien untersuchten chronische Erkrankungen ($n = 3$) oder Erkrankungen bei Kindern ($n = 6$), keine Studie die Bedarfe/Versorgung von Frauen während Schwangerschaft und Geburt. In 62,7% aller Primärstudien wurden Asylsuchende an einem einzigen Standort rekrutiert. Bei 2

quantitativen Studien lag eine überregionale externe Validität vor.

Schlussfolgerung. Forschungsbedarf liegt vor allem im Bereich chronischer Erkrankungen, Kinder- und Müttergesundheit vor. Die Divergenz und Heterogenität der Studien erschweren einen übergreifenden und vergleichbaren Erkenntnisgewinn und betonen die Notwendigkeit kollektiver Forschungsanstrengungen, um die in diesem Bereich bestehenden Wissenslücken zu schließen.

Schlüsselwörter

Asylsuchende · Systematischer Review · Gesundheit · Medizinische Versorgung · Evidenz-Map

Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990–2014)

Abstract

Background. Owing to a lack of routine statistics on the health status and medical care of asylum seekers, empirical studies play a major role in the mapping of these aspects.

Objectives. The aim of this review is to provide a comprehensive overview of the research landscape in this area, synthesizing knowledge from empirical studies and identifying evidence gaps.

Methods. A three-tiered search strategy included searching for empirical studies in national/international databases and on the internet, screening reference lists, and contacting experts. Studies meeting predefined inclusion criteria were thematically organized and described in a narrative synthesis.

Results. The searches generated 1,190 hits; 52 articles met the inclusion criteria. Of these, 41 were quantitative studies (78.9%), 10 qualitative (19.2%), and 1 was a review (1.9%). A total of 30 primary articles (58.9%) analyzed mental health aspects, followed by infectious diseases ($n = 12$, 23.5%). Qualitative studies, mainly ethnographies and case studies, explored mental health and social determinants of health, providing evidence for the impact of living conditions on health and medical care. Few studies analyzed chronic diseases ($n = 3$) or childhood illnesses ($n = 6$). No studies analyzed the health needs or medical care of asylum-seeking women during pregnancy and child birth. In 62.7% of the primary studies, a single sampling

point was used to recruit asylum seekers. Nationwide external validity was given in two quantitative studies.

Conclusion. The priority research areas identified are chronic diseases and childhood and maternal health. The divergency and heterogeneity of the studies hamper a comprehensive and comparable acquisition of knowledge and emphasize the need for collaborative research to close the existing evidence gaps.

Keywords

Asylum seekers · Systematic review · Health status · Medical care · Evidence map

en (COREQ) wurden Extraktionsformulare entwickelt, pilotiert und auf die eingeschlossenen Artikel angewendet, um relevante Angaben systematisch zu extrahieren (Fragestellungen, Studienpopulationen, Gesundheitsparameter, Versorgungsdomänen, Zielgrößen in quantitativen Studien bzw. Haupt- und Nebenkategorien in qualitativen Studien, berich-

tete Limitationen, Angaben über Verallgemeinerbarkeit). Nach Pilotierung, Adaptierung und Konsentierung der Extraktionstools wurden 50% der eingeschlossenen Artikel durch CS, die andere Hälfte durch AM extrahiert. Die extrahierten Angaben aller eingeschlossenen Artikel wurden durch den Erstautor (KB)

unter Heranziehen der Volltexte überprüft.

Bewertung der Gütekriterien eingeschlossener Artikel

Abweichend vom Review-Protokoll [11] wurde keine Bewertung der Gütekriterien (d. h. critical appraisal) der ein-

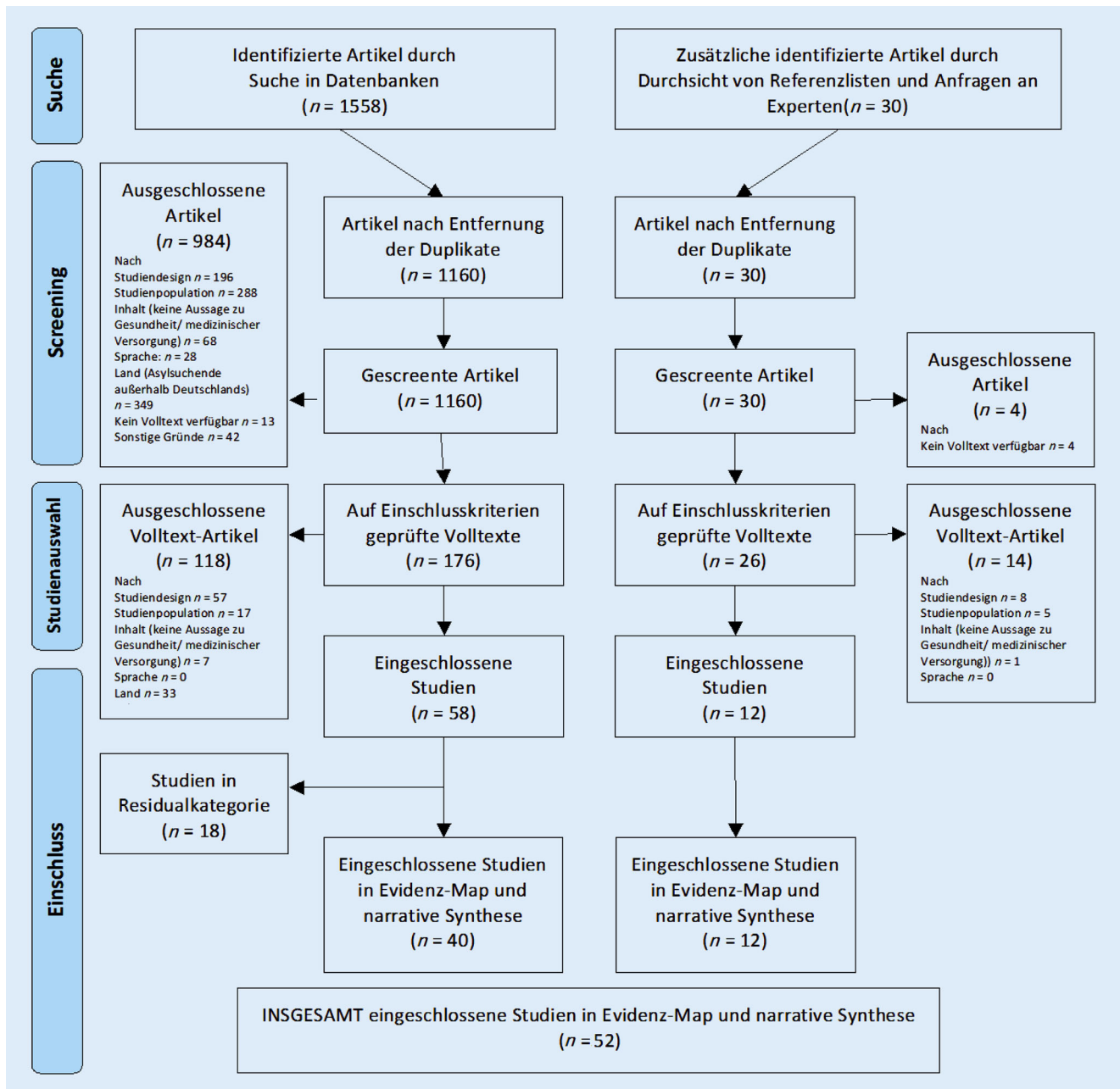


Abb. 1 ▲ Flowchart des Screeningprozesses. (Nach dem Modell von Moher et al. [70])

geschlossenen Artikel vorgenommen. Hauptgründe waren die Heterogenität der Studientypen und die daraus resultierende Problematik mangelnder Anwendbarkeit und Vergleichbarkeit gängiger Scoring-Systeme. Stattdessen erfolgte bei quantitativen Studien eine Einordnung der „Evidenzstärke“ anhand der Levels of Evidence (LoE) des Oxford Centre for Evidence-based Medicine nach den jeweils vorliegenden Studientypen der Primärartikel [18]. Weiterhin wurden in den Extraktionsformularen

bei allen Studien zusätzliche Limitationen, d.h. über die in den Artikeln genannten hinaus, von den Reviewern vermerkt und zur finalen Einschätzung der externen Validität herangezogen. Auf Grundlage der berichteten Limitationen, der berichteten externen Validität sowie der von den Reviewern vermerkten zusätzlichen Limitationen haben wir die quantitativen Studien nach ihrer externen Validität beurteilt und aufgeführt, ob in den Studien Generalisierbarkeit lokal, regional, überregional oder nicht

gegeben ist. Lokal beschreibt dabei die vorhandene Verallgemeinerbarkeit für die Population einer Asylunterkunft, regional die Generalisierbarkeit auf eine Stadt/Region eines Bundeslands, überregional die Verallgemeinerbarkeit über mehr als ein Bundesland hinaus. Die externe Validität wurde als nicht gegeben gewertet, wenn diese laut Angaben der Autoren der Primärstudien nicht vorlag und/oder schwerwiegende Limitationen seitens der Reviewer vermerkt wurden und/oder Gefälligkeitsstichproben, un-

Tab. 1 Übersicht der eingeschlossenen Primärstudien (n = 51) und der adressierten Gesundheits-/Versorgungsdomäne, der Designs sowie der Settings der Studien

Autor/in (Jahr)	Ref. Nr.	Qualitativ	Quantitativ	Physisch	Psychisch	PTBS	SWB	In-fektion	NCD	Mütter	Kinder	Soz. Det	Vers. Zugang	Ungleichheit	Pop. basiert	Inst. basiert	Set. Zea	Set. Gemein-de	Set. Kli-nik	Ext. Val. N	Ext. Val. L	Ext. Val. R	Ext. Val. ÜR	
Albers (2012)	[20]		x	x	x		x					x			x			x					x	
Baron J (2014)	[21]		x	x	x		x					x	x	x		x			x					x
Behrensen (2004)	[12]	x					x					x	x			x		x						
Birck (2001)	[57]	x		x	x	x										x								
Bogic (2012)	[22]		x		x	x						x			x			x						x
Bräutigam (2002)	[58]	x		x	x		x				x	x				x			x					
Brune (2002)	[23]		x		x	x						x	x			x			x					x
Burmester (2014)	[24]		x												x									x
Butollo (2012)	[25]		x		x	x							x			x	x		x					x
Casal (2005)	[26]		x	x				x						x	x									x
Claassen (2005)	[66]				x																			
Diel (2004)	[28]		x	x				x						x	x									x
Diel (2005)	[27]		x	x				x						x	x									x
Dreweck (2013)	[29]		x	x				x							x									x
Dudareva (2011)	[16]		x	x				x							x		x							x
Gäbel (2006)	[30]		x		x	x									x		x							x
Gardemann (1998)	[31]		x	x							x		x	x	x			x						x
Gauert (1995)	[32]		x	x				x							x									x
Gavranidou (2008)	[33]		x		x	x					x	x			x			x						x
Groß (2008)	[59]	x			x		x					x	x		x									
Hensel-Dittmann (2011)	[34]		x		x	x							x			x			x					x
Herrmann (1999)	[60]	x		x	x		x	x	x			x	x			x	x		x					
Jung (2011)	[15]		x	x	x	x		x	x				x		x		x	x	x					x
Kesseler (1995)	[35]		x	x				x							x									x

Tab. 1 Übersicht der eingeschlossenen Primärstudien (n = 51) und der adressierten Gesundheits-/Versorgungsdomäne, der Designs sowie der Settings der Studien (Fortsetzung)

Autor/in (Jahr)	Ref. Nr.	Qualitativ	Quantitativ	Physisch	Psychisch	PTBS	SWB	In-fektion	NCD	Mütter	Kinder	Soz. Det	Vers. Zugang	Un-gleich-ba-siert	Pop. ba-siert	Inst. ba-siert	Set. Zea	Set. Ge-mein-nde	Set. Kli-nik	Ext. Val. N	Ext. Val. L	Ext. Val. R	Ext. Val. ÜR
Koch (2008)	[36]		x		x	x							x			x			x	x			
Koch (2009)	[61]	x			x	x	x					x				x				x			
Kruse (2009)	[37]		x	x	x	x						x	x			x				x	x		
Lamott (2005)	[62]	x			x	x										x				x			
Lersner (2008a)	[51]		x		x	x	x					x				x				x			
Lersner (2008b)	[50]		x		x	x	x					x	x			x				x			
Lersner (2008c)	[14]		x		x	x	x					x				x				x			
Loytved (2002)	[38]		x	x				x					x			x							x
Mohammadzadeh (1995)	[40]		x	x				x	x				x				x						x
Möhlen (2005)	[39]		x		x	x					x	x	x			x				x			
Nijhawan (2005)	[63]	x			x	x						x											
Niklewski (2012)	[41]		x	x	x	x										x	x	x		x	x		
Otto (1994)	[42]		x	x																x			x
Rohleder (2004)	[43]		x	x													x			x	x		
Ruf (2010)	[44]		x		x	x					x	x	x			x				x			x
Ruf-Leuschner (2014)	[45]		x	x	x	x				x	x	x				x				x			x
Sabes-Figuera (2012)	[46]		x		x	x						x	x	x	x					x			x
Schmid (1996)	[47]		x	x																x			x
Schwarz-Langer (2006)	[48]		x		x	x							x			x				x	x		
Sieberer (2010)	[49]		x		x	x						x				x				x	x		
Stellbrink-Kesy (2003)	[64]	x			x	x										x				x			
Takla (2012)	[17]		x	x				x				x	x			x				x			x
Welbel (2013)	[52]		x										x			x				x			x

Tab. 1 Übersicht der eingeschlossenen Primärstudien ($n = 51$) und der adressierten Gesundheits-/Versorgungsdomäne, der Designs sowie der Settings der Studien (Fortsetzung)

Autor/-in (Jahr)	Ref. Nr.	Qualitativ	Quantitativ	Physisch	Psychisch	PTBS	SWB	In-fektion	NCD	Mütter	Kinder	Soz. Det	Vers. Zugang	Ungleichheit	Pop. basiert	Inst. basiert	Set. Zentrale	Set. Gemein-de	Set. Kli-nik	Ext. Val. N	Ext. Val. L	Ext. Val. R	Ext. Val. ÜR
Wolf (1995)	[5]		x										x		x								x
Wolf (1996)	[54]		x	x											x								x
Wolf (1996)	[55]		x	x											x								x
Zepinic (2012)	[56]		x		x						x	x	x		x								x
Zielke-Nadkarni (2004)	[65]	x														x		x		x			

REF.NR. Referenznummer der Literaturangabe, PTBS Posttraumatische Belastungsstörung, SWB Soziales Wohlbefinden/Lebensqualität, NCD Nichtübertragbare chronische Erkrankungen, MÜTTER Müttergesundheit, KINDER Kindergesundheit, SOZ.DET Soziale Determinanten der Gesundheit, VERS. ZUGANG Versorgungszugang, POP.BASIIERT populationsbasiert, INST.BASIIERT institutionsbasiert, SET.ZEA Setting Zentrale Erstaufnahmestelle, SET.GEMEINDE Setting Gemeinde, SET.KLINIK Setting klinisch/therapeutisch, EXT. VAL. N Externe Validität laut Angaben der Autorinnen/Autoren nicht gegeben, EXT. VAL. L Externe Validität laut Angaben der Autorinnen/Autoren lokal gegeben, EXT. VAL. R Externe Validität laut Angaben der Autorinnen/Autoren regional gegeben, EXT VAL ÜR Externe Validität laut Angaben der Autorinnen/Autoren überregional gegeben

bekanntes Grundgesamtheit oder unklare Sampling-Verfahren vorliegen.

Evidenz-Map

Um die Forschungslandschaft thematisch und konzeptionell abzubilden, wurden die Artikel einer quantitativ deskriptiven Auswertung anhand ihres Studiendesigns, der untersuchten Zielgrößen bzw. Gesundheits- und Versorgungsdomänen, des Evidenzgrads, der Studienpopulation (populations- vs. institutionsbasierte Samples), des Settings der Rekrutierung (Erstaufnahmeeinrichtung, Kommune/Gemeinde, Klinik) sowie der Verallgemeinerbarkeit (lokale, regionale oder überregionale externe Validität) unterzogen.

Evidenz-Synthese

Die Synthese der in den Artikeln berichteten Evidenz erfolgt aufgrund der großen Heterogenität narrativ und separat für quantitative bzw. qualitative Studien. Für die Zielgröße „Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTBS) lag eine hohe Anzahl an Studien vor. Daher wurden die Prävalenzen in einem vereinfachten Forest-Plot visualisiert (s. Ergebnisse) zusammen mit den entsprechenden 95 %-Konfi-

denzintervallen, die nach der Methode von Clopper und Pearson [19] berechnet wurden.

Ergebnisse

Die Suche in Datenbanken ergab nach Entfernung von Duplikaten insgesamt 1160 Treffer. Weitere 30 Artikel erhielten wir über die Durchsicht von Referenzlisten und Anfrage bei Experten (Abb. 1). Von diesen insgesamt $n = 1190$ Artikel wurden im Rahmen des Screenings der Titel und Abstracts insgesamt 988 (83,0 %) ausgeschlossen. Die verbleibenden 202 Artikel wurden im Volltext auf die Einschlusskriterien hin geprüft. Dabei wurden weitere 132 (65,3 % der im Volltext geprüften Artikel) ausgeschlossen. Von den 70 verbleibenden Artikeln wurden 18 der o.g. Residualkategorie zugewiesen, sodass insgesamt 52 Artikel in das *mapping* sowie in die Synthese eingeschlossen wurden. Dies entspricht (wie bei einer breiten Suche zu erwarten war) einer Spezifität von 4,4 %. Die Sensitivität bezogen auf die Artikel im Test-Set [12–17] lag hingegen bei 98,1 %, für die Artikel aus Peer-Review-Zeitschriften [14, 16, 17] bei 100 %.

Unter den 52 eingeschlossenen Artikeln (Tab. 1) befanden sich 41 (78,9 %) quantitative Studien [14–17, 20–56],

10 (19,2 %) qualitative Studien [12, 57–65] und ein systematisches Review (1,9 %) [66]. Die überwiegende Anzahl der quantitativen Studien beruhte auf Querschnittsdesigns. Weiteren neun lag ein prospektives Design zugrunde [22, 26–28, 35, 37, 39, 55, 56]. Ein experimentelles Design mit Randomisierung lag bei einer Studie vor ([34]; Tab. 1). Die Stichprobengrößen der quantitativen Studien lagen im Schnitt bei $n = 1053$ (SD: 2552) bzw. im Median bei $n = 181$.

In den qualitativen Designs waren Ethnografien und Fallstudien am häufigsten vertreten, gefolgt von Tiefeninterviews und Fokusgruppen (Tab. 2). Insgesamt reichten die Stichprobengrößen der qualitativen Studien von $n = 1$ bis $n = 52$.

Evidenz-Map

Studiendesigns und Zielgrößen

Von den 51 Primärstudien untersuchten mehr als die Hälfte ($n = 30$; 58,8 %) eine oder mehrere Zielgrößen im Bereich psychischer Gesundheit [14, 15, 20–23, 25, 30, 33, 34, 36, 37, 39, 41, 44–46, 48–51, 56–64, 66]. Die am häufigsten untersuchte Zielgröße war die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die in insgesamt 24 Primärstudien (davon fünf qualitati-

Tab. 2 Absolute und relative Häufigkeiten angetroffener Evidenzgrade, Samples und Settings der eingeschlossenen Primärstudien

	Qualitativ	Quantitativ	Primärstudien gesamt
	n = 10 (100 %)	n = 41 (100 %)	n = 51 (100 %)
<i>Design/Studientypen^a</i>			
Ethnografien/Fallstudien	5 (50 %)	–	–
Fokusgruppen	3 (33 %)	–	–
Tiefeninterviews	4 (40 %)	–	–
Querschnittsstudien	–	25 (61,0 %)	–
Prospektive Studie	–	9 (22,0 %)	–
Retrospektive Studie	–	6 (14,6 %)	–
Kohortenstudie	–	4 (9,8 %)	–
Randomisiert kontrollierte Studie	–	1 (2,4 %)	–
<i>Level of Evidence (LoE)</i>			
LoE1 (höchste Evidenz)	–	4 (9,8 %)	–
LoE2	–	18 (43,9 %)	–
LoE3	–	11 (26,8 %)	–
LoE4	–	8 (19,5 %)	–
<i>Samples</i>			
Populationsbasiert	0 (0 %)	27 (65,9 %)	27 (52,9 %)
Institutionsbasiert	9 (90 %)	14 (34,2 %)	24 (47,1 %)
<i>Settings^a</i>			
Zentrale Erstaufnahmeeinrichtung	1 (10 %)	7 (17,1 %)	8 (15,7 %)
Gemeinschaftsunterkunft/ Folgeunterbringung	3 (30 %)	14 (34,1 %)	17 (33,3 %)
Klinisch/therapeutisch	5 (50 %)	12 (29,3 %)	17 (33,3 %)
Andere bzw. nicht näher bezeichnet	5 (50 %)	13 (31,7 %)	18 (35,3 %)

^aSumme > 100 %, da Mehrfachzuordnung möglich, z. B. bei Mischpopulationen und heterogenen Samples. Prozentangaben nur zur Orientierung aufgrund kleiner Fallzahl der qualitativen Studien. Institutionsbasierte Samples: definiert als Stichproben ohne Sampling-Design; Gefälligkeitsstichproben; Stichproben, die über spezifische Einrichtungen rekrutiert wurden ohne bekannte Grundgesamtheit sowie Stichproben aus klinischen/therapeutischen Settings. Populationsbasierte Samples: Stichproben mit klarem Sampling-Design; Vollerhebungen; Teilerhebungen mit bekannter Grundgesamtheit

ve Designs) untersucht wurde (▣ **Abb. 2**; [14, 15, 22, 23, 25, 30, 33, 34, 36, 37, 39, 41, 44–46, 48–51, 57, 61–64]).

Von den 26 Studien, die sich mit Zielgrößen im Bereich der körperlichen Gesundheit beschäftigten, untersuchten 12 Studien Infektionserkrankungen [15–17, 26–29, 32, 35, 38, 40, 60]. Nur in 3 Studien (5,8 % aller Studien) gab es einen expliziten Bezug zu nicht übertragbaren chronischen Erkrankungen (NCDs) [15, 40, 60], in einer Studie (1,9 %) einen Bezug zur Müttergesundheit bei Asylsuchenden bzw. Flüchtlingen [45]. 6 Studien, davon eine qualitative [58], wiesen einen direkten Bezug zur Kindergesundheit auf (11,5 % aller Studien) [31, 33, 39, 44, 45, 58].

Mit sozialem Wohlbefinden als Aspekt der Gesundheit beschäftigen sich 10 Studien, denen unter anderem Zielgrößen wie Lebensqualität, Lebensbedingungen oder der allgemeine Gesundheitszustand als „globales“ Gesundheitsmaß zugrunde lagen [12, 14, 20, 21, 50, 51, 58–61].

Insgesamt 22 Studien untersuchten Zielgrößen im Bereich der medizinischen Versorgung, davon drei mit einem qualitativen Design [12, 59, 60]. Die am häufigsten untersuchten Versorgungsdimensionen waren Aspekte des Zugangs ($n = 13$) sowie die Qualität der Versorgung ($n = 13$). Untersuchte Zugangsdimensionen waren Akzeptanz ($n = 8$) [12, 15, 21, 25, 40, 56, 59, 60], Verfügbarkeit ($n = 7$) [12, 15, 21, 40, 52,

59, 60] sowie (seltener) Kosten spezifischer Versorgungsmaßnahmen ($n = 5$) [15, 17, 24, 46, 53].

Lediglich 7 Studien wiesen einen Bezug zu Ungleichheiten auf ($n = 7$), d. h. zogen eine Vergleichsgruppe nicht Geflüchteter heran, um Ungleichheiten zwischen dieser und Asylsuchenden oder Flüchtlingen in der Gesundheit bzw. der Versorgung zu quantifizieren [21, 26–28, 31, 46, 56].

Evidenzgrade und Studienpopulationen

Von den 41 quantitativen Primärstudien waren 43,9 % einem hohen Evidenzgrad (LoE 2) zuzuordnen. 4 Studien (9,8 %) [17, 27, 28, 34] lagen Designs zugrunde, die im jeweiligen Bereich dem höchsten Evidenzgrad (LoE 1) zuzuordnen waren (▣ **Tab. 2**).

Ungefähr zwei Drittel aller quantitativen Studien hatten ein populationsbasiertes Sample, wohingegen fast allen qualitativen Studien (naturgemäß) entweder institutionsbasierte Samples zugrunde lagen oder Studienpopulationen, die sich nicht entsprechend kategorisieren ließen ([63]; ▣ **Tab. 2**).

Bei insgesamt acht (15,7 %) der 51 Primärstudien lagen Studienpopulationen aus zentralen Erstaufnahmeeinrichtungen vor [15, 16, 25, 30, 40, 41, 47, 60]. Der Anteil der Studien mit Populationen aus Gemeinschaftsunterkünften bzw. Einrichtungen der Folgeunterbringung in Gemeinden sowie klinischen bzw. therapeutischen Settings war mit jeweils einem Drittel gleich hoch (▣ **Tab. 2**). Bei 18 Studien lagen andere Settings oder keine näheren Angaben zu den Settings vor, aus denen die Studienpopulationen rekrutiert wurden. In 32 Studien (62,7 % aller Primärstudien) wurden die Teilnehmer an einem einzigen Standort oder in einer einzigen Stadt rekrutiert [12, 15–17, 20, 23–25, 27–29, 31, 33, 34, 37, 39–41, 43, 44, 48, 49, 52–55, 58–61, 63–65]. In 6 Studien (11,8 %) setzte sich die Studienpopulation aus Asylsuchenden mehrerer Standorte in einem Bundesland zusammen [32, 35, 38, 42, 44, 45]. Eine aus mehreren Bundesländern rekrutierte Studienpopulation fand sich in 7 Studien (13,7 %) [14, 21, 22, 30, 36, 50, 51]. Keine detaillierten Angaben zum Setting

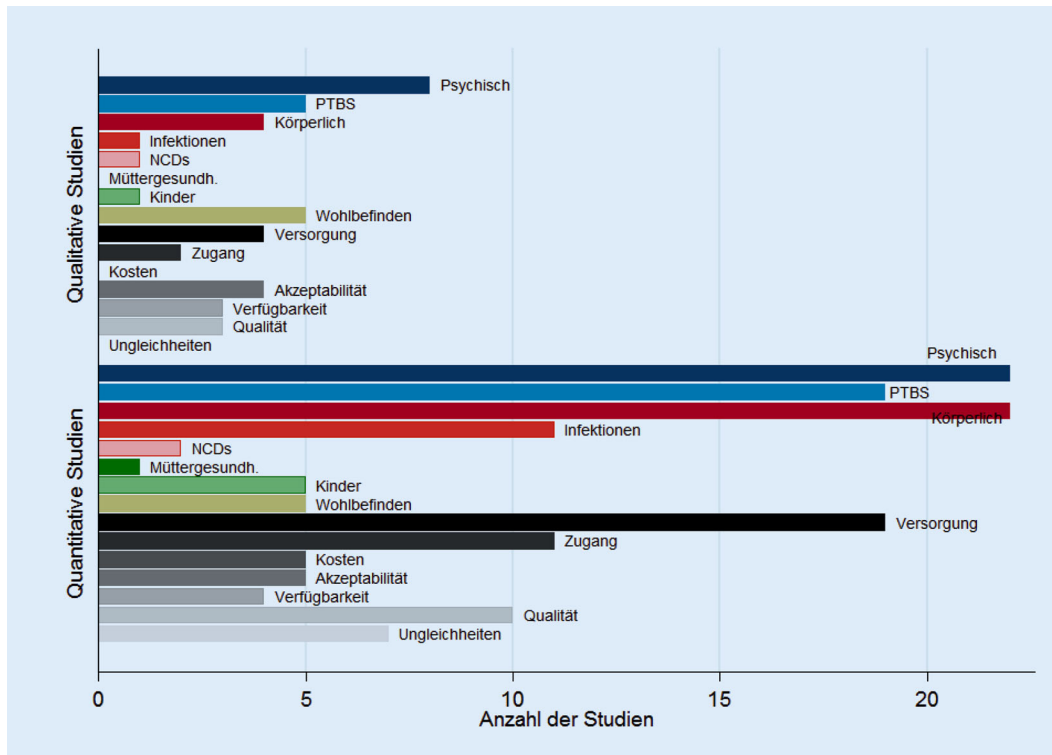


Abb. 2 ◀ Adressierte Domänen der Gesundheit und Gesundheitsversorgung der eingeschlossenen Primärstudien (n = 51) (PTBS Posttraumatische Belastungsstörung, NCDs nicht übertragbare chronisch körperliche Erkrankungen)

waren in 6 Studien (11,8 %) gegeben [26, 46, 47, 56, 57, 62].

Bei 28 der quantitativen Studien (68,3 %) zeigte sich anhand der genannten Kriterien keine externe Validität [14, 16, 22–26, 30–34, 36, 37, 39–43, 45, 46, 48–51, 54–56]. Bei 10 Studien (26,8 %) sind die Ergebnisse regional generalisierbar [15, 21, 27–29, 35, 38, 44, 47, 52, 53], eine Studie macht repräsentative Aussagen zu einer lokalen Unterkunft [20]. Lediglich Takla [17] und Baron [21] führen quantitative Ergebnisse auf, die eine überregionale Generalisierbarkeit für Asylsuchende in Deutschland ermöglichen.

Evidenz-Synthese

Infektionserkrankungen

Die Gesundheitsdomäne im Bereich physischer Gesundheit, über die am häufigsten berichtet wurde, waren Infektionserkrankungen. 6 der 12 Studien, in denen Infektionserkrankungen bei Asylsuchenden thematisiert wurden, beschäftigten sich u. a. mit der Prävalenz, den Risikofaktoren oder Kontrollmaßnahmen der Tuberkulose [26, 28, 29, 35, 38, 40].

Kessler et al. [35] berichten unter 4058 Asylsuchenden (1992–1994)

eine Prävalenz behandlungsbedürftiger Tuberkulose von 48 Fällen (1,2 %), entsprechend einer Rate von 1183 pro 100.000. Mohammadzadeh [40] berichtet als Teil eines breiteren Krankheitsspektrums unter 1077 Asylsuchenden in Bremen (1993–1994) eine Inzidenzrate von 0,557 % (entsprechend 557/100.000).

Diel et al. untersuchen die Charakteristika der Tuberkulose bei im Ausland geborenen Einwohnern Hamburgs (1997–2002) und berichten 334 Fälle, davon 108 (32,3 %) bei Asylsuchenden. Von diesen wurden 31 Fälle (28,7 %) bei der Gesundheitsuntersuchung (nach §62 Asylverfahrensgesetz) bzw. dem Tuberkulose-Screening durch Röntgen der Lunge bei 12.176 Asylsuchenden identifiziert (entsprechend 255/100.000). Der Anteil der identifizierten Fälle im Rahmen des Tuberkulose-Screenings lag somit bei 0,25 %. Der Großteil der Fälle (67,7 %) innerhalb der Population der Asylsuchenden manifestierte sich erst nach längerem Aufenthalt ($2,4 \pm 3,8$ Jahre) in Deutschland. Die Diagnosestellung fand in 82 % der Fälle aufgrund von Symptomen statt. Die Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Inanspruchnahme medizinischer Untersuchungen war bei Asylsuchenden

signifikant länger ($6,5 \pm 5,2$ Wochen) als bei anderen Migranten ($4,9 \pm 3,1$ Wochen) [28].

Loytved et al. [38] berichten in ihrer Analyse vom Stellenwert der aktiven Fallfindung sowie den Behandlungsergebnissen der Tuberkulose. Im Vergleich zu Diel et al. [28] berichten sie einen höheren Anteil der Fälle, die im Rahmen der aktiven Fallsuche bei Röntgenreihenuntersuchungen bei Asylsuchenden in Unterfranken (1995–2001) ermittelt wurden (58,4 % bzw. 52 von 89 Fällen ohne Angaben zu der Gesamtzahl der in den sechs Jahren gescreenten Asylsuchenden). Hinsichtlich der Behandlungsergebnisse berichten Loytved et al. über einen, im Vergleich zu in Deutschland geborenen Patienten, höheren Anteil eines ungünstigen Verlaufs der Ergebnisqualität (Behandlungsabbrüche durch Wegzug, Abschiebung oder Unauffindbarkeit).

Dreweck et al. [29] berichten in ihrem deskriptiven epidemiologischen Bericht zur Tuberkulose in München über 24 Fälle, die bei der Röntgenreihenuntersuchung von 4000 Personen im Jahr 2012 identifiziert wurden, entsprechend einer Prävalenz von 0,6 % bzw. 600/100.000.

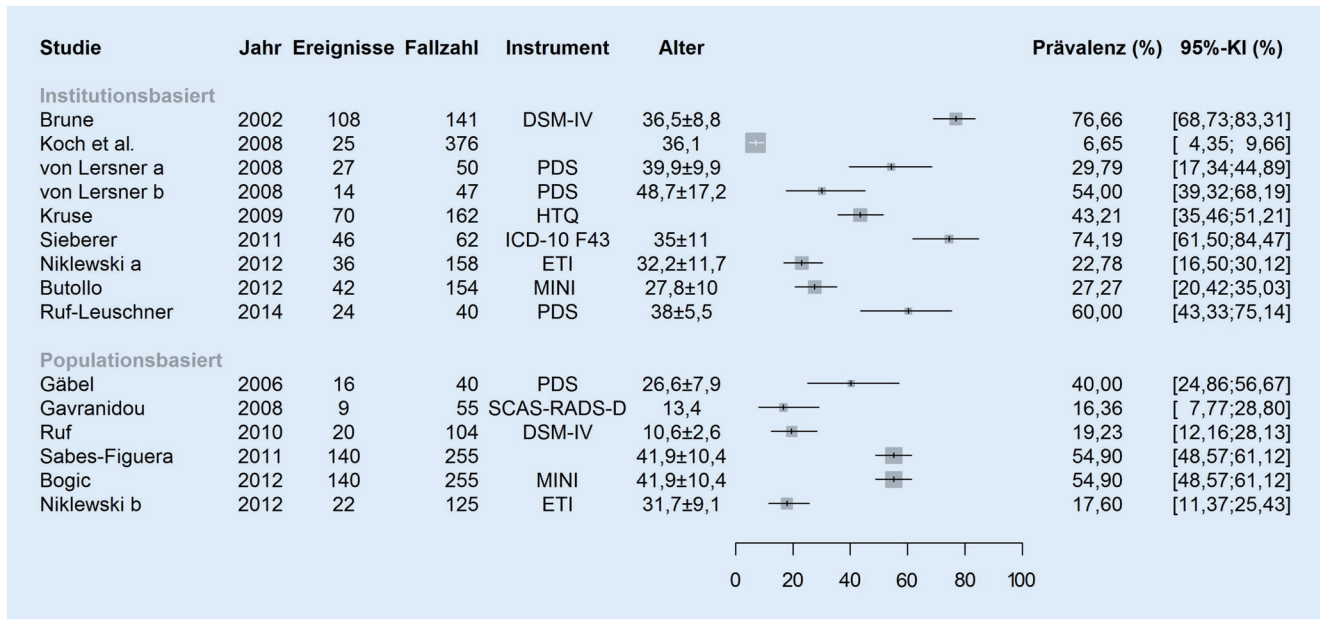


Abb. 3 ▲ Forest-Plot der berichteten Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung aus 14 Primärstudien (Alter: Mittelwert ± Standardabweichung bzw. leer, wenn nicht berichtet. Besonderheiten der Studienpopulationen: ausschließlich Kinder: Gavranidou [33], Ruf [44]; ausschließlich Frauen: Ruf-Leuschner [45]. Niklewski a: Zufallsstichprobe; Niklewski b: Gefälligkeitsstichprobe/Selbstzuweiser. Sabues-Figuera/Bogic: selbe Studienpopulation, unterschiedliche Fragestellungen, daher nicht als klassisches Duplikat gewertet und in das Mapping eingeschlossen. Instrumente: *DSM-IV* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage; *PDS* Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, *HTQ* Harvard Trauma Questionnaire, *ICD-10* International Classification of Disease, *ETI* Essener Trauma-Inventar, *MINI* Mini International Neuropsychiatric Interview, *SCAS-RADS-D* Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders)

Casal et al. [26] untersuchen in einer internationalen Fall-Kontroll-Studie die Risikofaktoren für eine multiresistente Lungentuberkulose. Sie geben für die Stichprobe aus Deutschland ($n = 153$) eine fünffach höhere Infektionswahrscheinlichkeit (Odds Ratio, OR = 5,10) mit multiresistenten Erregern bei Personen an, die als Einkommensquelle „Asylbewerberleistungen“ nannten.

Sechs quantitative Studien befassten sich mit weiteren Infektionserkrankungen [15–17, 27, 32, 40]: Gauert et al. [32] untersuchten die Prävalenz pathogener bzw. fakultativ pathogener enteraler Erreger unter 517 Asylsuchenden aus dem südosteuropäischen, dem afrikanischen sowie dem südasiatischen Raum. Aufgrund der berichteten Prävalenz pathogener und fakultativ pathogener enteraler Erreger (23,79 %) plädierten sie für die Ausweitung der mikrobiologischen Pflichtuntersuchungen bei Asylsuchenden auf alle Enterobacteriaceae. Dudareva et al. [16] führten nach Auftreten einer Hautinfektion durch einen ambulant erworbenen multiresistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) in

einer zentralen Erstaufnahmestelle eine aktive Fallsuche unter allen 427 asylsuchenden Bewohnern der Einrichtung durch und berichten drei weitere Fälle, die jedoch mit jeweils unterschiedlichen Erregerstämmen infiziert waren und von vorangegangenen Krankenhausaufenthalten berichteten. Jung [15] berichtet eine Prävalenz von 3,1 % bei Infektionserkrankungen, die im Rahmen des Bremer Gesundheitsprogramms (2001–2008) bei 2341 Asylsuchenden auf Ebene der ICD-10 Kapitel (A00–B99) diagnostiziert wurden. Mohammadzadeh [40] berichtet aus dem Krankheitsspektrum von 1077 Asylsuchenden im Rahmen des Bremer Gesundheitsprogramms Inzidenzraten der Hepatitis (0,650 %), Gonorrhoe (0,186 %) sowie der Meningitis (0,0935 %).

Lediglich 2 Studien gingen über einen deskriptiven Charakter hinaus: Diel et al. [27] untersuchten in ihrer prospektiven Studie Risikofaktoren der Hepatitis B (HBV)-Infektion in Hamburg (1998–2002) und berichten über 73 akute HBV-Fälle, die im Rahmen von Screening-Maßnahmen unter 10.770

Asylsuchenden identifiziert wurden (entsprechend 0,67 % bzw. 678/100.000). Diese machten 13,9 % aller insgesamt 524 HBV-Fälle aus, die im selben Zeitraum der Gesundheitsbehörde gemeldet wurden. Die für verschiedene Einflussfaktoren adjustierte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer HBV-Infektion bei Asylsuchenden war somit um das 6,93-Fache [1,210 bis 39,8] erhöht, im Vergleich zu nicht Asylsuchenden.

Takla et al. [17] vergleichen in einer Kosten-Nutzen-Analyse anhand eines Masernausbruchs in einer Gemeinschaftsunterkunft mit 427 Asylsuchenden das konventionelle Vorgehen einer Riegelungsimpfung nach serologischer Immuntiterbestimmung mit einer hypothetischen Strategie, bei der alle Asylsuchenden unmittelbar eine Reihenimpfung erhalten (ohne vorherige Serologie). Unter Berücksichtigung potenziell vermiedener Masernfälle der hypothetischen Alternativstrategie ($n = 3$), des logistischen Aufwands der konventionellen Strategie sowie der damit verbundenen doppelt so hohen Kosten (90.000 €) plädieren sie für eine Reihen-

impfung bei Masernausbrüchen sowie für eine Verbesserung der Immunisierung bei Erstaufnahme, um das Risiko für Ausbrüche zu minimieren.

Nicht übertragbare chronisch körperliche Erkrankungen (NCDs)

Lediglich 2 Studien lassen sich Kennzahlen zu NCDs bei Asylsuchenden entnehmen [15, 40]. Diese stammen aus dem Gesundheitsprogramm des Bremer Modells aus den 1990er-Jahren [40] bzw. aus dem Zeitraum 2001–2008 [15]. In beiden Studien, die deskriptiv die Häufigkeit der Diagnosen des Gesundheitsprogramms auswerten, zeigt sich ein vorwiegend primärmedizinisches Spektrum an Versorgungsbedarfen bei Asylsuchenden: Erkrankungen der Atemwege/des HNO-Trakts (21,8 %), Hauterkrankungen (18,8 %), Zahnprobleme (12,4 %), Gastrointestinalbeschwerden (11,1 %), Schmerzen/Neuralgien (10 %), Unfälle (6,2 %), psychosomatische Beschwerden (9 %) sowie andere einschließlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen (<5 %) bei Mohammadzadeh [40] bzw. Atemwegserkrankungen (J00–J99: 19,6 %), Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (M00–M99: 8,9 %), Erkrankungen des Verdauungssystems (K00–K93: 7,1 %), andere (<5 %: Hauterkrankungen L00–L99, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00–I99), Verletzungen/Unfälle (S00–T98)) bei Jung [15]. Auffallend ist mit 25,4 % die hohe Prävalenz unspezifischer Symptome (R00–R99), die bei Jung als Hinweis auf eine hohe psychische Belastung bzw. hohe Somatisierungstendenz bei Asylsuchenden berichtet wird. Weiterhin zeigt sich ein hoher Bedarf an (nicht medizinischer) psychosozialer Unterstützung als Grund der Inanspruchnahme des Versorgungsangebotes (Z00–Z99: 14,1 %). Darüber hinaus gehende Aspekte in dieser Gesundheitsdomäne werden ausschließlich als Kasuistik berichtet [60].

Physische Gesundheit bei (werdenden) Müttern

Keine empirische Studie adressierte den physischen Gesundheitszustand von Frauen im Asylverfahren im Kontext Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett oder Stillzeit.

Physische Gesundheit bei Kindern

Im Bereich der Kindergesundheit lag lediglich eine Studie vor, die physische Gesundheitsaspekte bzw. im Wesentlichen Versorgungsaspekte bei Kindern adressierte. In dieser Studie untersuchten Gardemann et al. [31] die Versorgungssituation bei allen Kindern asylsuchender Familien unter 15 Jahren ($n = 178$ Kinder, davon 118 mit Duldung, die im Beobachtungszeitraum in Münster in Gemeinschaftsunterkünften wohnten) hinsichtlich der Inanspruchnahme von pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen (U1–U9), Immunisierungsraten, Verfügbarkeit von Impfdokumenten und Hospitalisierungen, im Vergleich zu einer Referenzpopulation von Kindern mit deutscher Staatsangehörigkeit. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass die Inanspruchnahme von U-Untersuchungen bei Kindern asylsuchender Familien niedriger ist, die Wahrscheinlichkeit keinen Impfpass zu haben höher ist, die Immunisierungsraten niedriger sind und die Hospitalisierungsrate hoch ist. Keine empirische Studie berichtete repräsentative Kennzahlen zum physischen Gesundheitszustand von Kindern.

Zahngesundheit

Drei Studien konnten dem Bereich der Zahngesundheit [53–55] zugeordnet werden. Davon ließen sich aus zwei Angaben zur Zahngesundheit bei tamilischen Asylsuchenden entnehmen. Bis auf die bei Mohammadzadeh [40] genannten Kennzahlen zu Zahnproblemen (12,4 % der Diagnosen des Bremer Gesundheitsprogramms aus den 1990er-Jahren) lagen keine Studien vor, aus denen umfassende Angaben über Indikatoren der Zahngesundheit gemacht werden konnten. Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung untersuchte Wolf [53] in einer deskriptiven Auswertung amtsärztlicher Begutachtungen bei 293 Asylsuchenden (davon 195 in der Personengruppe nach §2 AsylbLG) die Auswirkungen der Einführung des AsylbLG hinsichtlich des Zugangs zu und der Kosten der zahnärztlichen Versorgung anhand von Therapieplänen. Während in den drei Jahren vor Einführung des AsylbLG (1990–1993) die Kosten stagnierten, berichtet Wolf einen Anstieg

der Kosten pro bewilligtem Heilplan um 893 DM im Jahr 1994 (entsprechend einem 100 %igen Kostenanstieg gegenüber dem Vorjahr). Bei insgesamt 73 Personen, d. h. ca. 25 % der Stichprobe, wurde eine Behandlung abgelehnt. Davon entfielen (nach eigenen Berechnungen) 75 % auf die Personengruppe, die nicht bereits durch §2 AsylbLG Anspruch auf Regelversorgung hatte, sondern den Regelungen des AsylbLG §4 unterlag. Wolf kritisiert dabei die Tendenz zu einer Zweiklassenmedizin innerhalb der Asylsuchenden (Personengruppe nach §2 bzw. §4 AsylbLG) und schlussfolgert, dass das Ziel der Kostenreduktion ein Jahr nach Einführung des AsylbLG nicht erreicht wurde [53].

Psychische Gesundheit

Von den 30 Primärstudien im Bereich psychischer Gesundheit (■ Tab. 1) adressierten 19 quantitative Studien (ausschließlich oder unter anderem) Aspekte der Epidemiologie oder Therapie der PTBS. Davon berichteten 14 Studien Prävalenzschätzer der PTBS, die in ■ Abb. 3 exemplarisch aufgeführt sind. In Studien mit institutionsbasierten Stichproben war sowohl die Prävalenz als auch die Varianz der Schätzer (6,65–76,66 %) höher als in populationsbasierten Studien (16,36–54,90 %). Die Fallzahlen der Studien variierten stark ($n = 40–376$) und lagen im Median bei $n = 125$ Asylsuchenden bzw. Flüchtlingen. Es lag eine große Heterogenität der Studienpopulationen vor hinsichtlich der Herkunftsländer (viele Länder vs. länderspezifische Analysen), des Geschlechts (Männer, Frauen oder beide), des Alters (Kinder vs. Erwachsene) und der zugrunde liegenden Sampling-Verfahren (kein Sampling/Selbstzuweiser/Gefälligkeitsstichproben vs. Zufallsstichproben). Ebenso variierten die eingesetzten Instrumente und Methoden zur Diagnosestellung der PTBS sowie die Datengrundlagen (Primär- vs. Sekundärdaten). Von einer quantitativen Synthese (Metaanalyse) wurde daher nach eingehender Prüfung (durch Christian Stock, DS, AL) abgesehen. Trotz der zugrunde liegenden Heterogenität zeigt sich, dass die PTBS eine äußerst relevante Krankheitsgröße darstellt: Mit Ausnahme der Publikation

von Koch et al. [36] lagen die Prävalenzschätzer bei mindestens 22 % in institutionsbasierten bzw. mindestens 16 % in populationsbasierten Samples.

Diese Heterogenität ist exemplarisch hervorgehoben, da sie auch für die zahlreichen weiteren psychischen Erkrankungsbilder gilt, die in den identifizierten Studien untersucht wurden – allen voran Depressionen (13 Studien [14, 20, 22, 23, 25, 34, 39, 41, 44, 45, 49, 51, 56]), Angststörungen (11 Studien [14, 20, 22, 25, 39, 41, 44–46, 51, 56]) sowie Suizidalität (7 Studien [14, 21, 41, 44, 45, 49, 51]). Angaben zu erfolgten Suiziden fanden sich lediglich in einer retrospektiven Studie [49]. Exemplarisch sind auch die Limitationen der Studien: Keine der Studien in diesem Bereich wies eine externe Validität auf, die über lokale Populationen hinausging (auch wenn dies teilweise berichtet wurde).

Angesichts der Bedeutung zentraler Erstaufnahmeeinrichtungen gab es nur 4 Studien [15, 25, 30, 41], die psychische Bedarfe in diesem Kontext untersuchten. Dabei erscheinen insbesondere die Erfahrungen von Butollo et al. [25] sowie Niklewski et al. [41] im Rahmen der Einrichtung einer zentralen klinischen Gutachterstelle von übergeordneter Bedeutung hinsichtlich der Identifizierung psychischer Versorgungsbedarfe und der Einleitung adäquater Versorgung. In diesem Zusammenhang zeichnet sich, neben der frühen Identifikation von Bedarfen, die Bedeutung niedrigschwelliger Versorgungsstrukturen [15, 25, 40, 41] zur kurzfristigen psychosozialen Stabilisierung sowie spezialisierter Versorgungsstrukturen zur mittel- bis langfristigen Versorgung der psychischen Bedarfe ab. Angesichts der öffentlich vielfach diskutierten Versorgungsproblematik in diesem Bereich [67] überrascht es, dass lediglich eine Studie, die der grauen Literatur zuzuordnen war, die Diskrepanz zwischen psychosozialen Versorgungsbedarfen und der Aufnahmekapazität existierender Strukturen quantitativ untersucht [21]. Weitere Bereiche, denen sich angesichts ihrer Bedeutung eher wenige Studien widmeten, betrafen Auswirkungen von Rückführungsprogrammen [14, 50].

Im Bereich der qualitativen Studien zeigen Bräutigam et al. [58] anhand einer Kasuistik auf, dass Familien mit Flüchtlingshintergrund eine schlechtere psychotherapeutische Versorgung zuteil wird, was zurückgeführt wird auf sprachliche und kulturelle Barrieren, aber auch auf mangelhafte Kenntnisse der Kinderärzte bzgl. psychischer Erkrankungen. Birck untersucht in einer qualitativ vergleichenden Analyse die Qualität der Diagnose psychischer Erkrankungen durch den polizeiärztlichen Dienst [57]. Verglichen mit klinischen Psychologen diagnostizieren Justizbeamte seltener posttraumatische Störungen (27 % der Fälle gegenüber 81 % der Fälle bei niedergelassenen Psychologen), bagatellisieren in ihren Berichten psychische Erkrankungen und bejahen in nur wenigen Fällen Behandlungsbedarf (19 % gegenüber 100 % bei klinischen Psychologen).

Drei Studien [37, 61, 64], davon 2 qualitative Fallstudien, untersuchen vorhandene oder mögliche Therapieformen zur Bewältigung traumatischer Erlebnisse.

Koch [61] kommt in einer Fallstudie mit Flüchtlingen, die an PTBS leiden, zu der Schlussfolgerung, dass Tanz- und Bewegungstherapien einen erfolgreichen Therapieansatz in Flüchtlingspopulationen darstellen können. Stellbrink-Kesy [64] beschreibt anhand einer Fallstudie den förderlichen Einfluss der Kunsttherapie zur Traumabewältigung. Kruse et al. [37] untersuchen in einer nicht randomisierten Interventionsstudie an 64 bosnischen Flüchtlingen mit PTBS-Symptomen den Einfluss von stabilisierenden Elementen der Psychotherapie und schlussfolgern, dass diese Behandlung zur Linderung von PTBS-Symptomen sowie somatoformen Störungen beiträgt.

Medizinische Versorgung

Empirische Belege für die Barrieren, die mit der Praxis der Krankenscheinausgabe sowie der eingeschränkten Versorgungsansprüche der Regelungen des AsylbLG einhergehen, erbringen Behrens und Groß [12] in ihrer umfassenden und methodisch fundierten qualitativen Studie zum Einfluss der gesundheitlichen Auswirkungen der Lebensumstände von

Asylsuchenden. Aus den quantitativen Studien im Bereich der medizinischen Versorgung lässt sich ableiten, dass eine niedrigschwellige Primärversorgung [15, 40] bei niedrigen Kosten eine gute Akzeptanz mit weniger Überweisungen zu spezialisierten Fachärzten erzielen kann. Der verbesserte, unbürokratische Zugang zur Versorgung, z. B. über eine Gesundheitskarte [24], erweist sich als kostensenkend im Bereich administrativer Kosten (1,6 Millionen Euro/Jahr in Hamburg) und kostenneutral hinsichtlich der Pro-Kopf-Ausgaben der medizinischen Behandlung bei Asylsuchenden. Aus international vergleichenden Versorgungsforschungsstudien [56] geht hervor, dass Asylsuchende die erhaltene Unterstützung in England als am besten organisiert bewerten, die Zufriedenheit mit der Primärversorgung jedoch in Deutschland am höchsten ist. Zwei Studien, die Versorgung von Asylsuchenden aus dem Balkan in verschiedenen Ländern (DE, GB, IT) gegenüberstellen [46,], zeigen höhere Ausgaben für Gesundheitsdienste für Flüchtlinge in Deutschland. Es liegen keine Studien vor, die den Zugang zu medizinischer Versorgung von Asylsuchenden mit Bevölkerungsgruppen mit sicherem Aufenthaltsstatus vergleichen.

Soziales Wohlbefinden und soziale Determinanten der Gesundheit bzw. Gesundheitsversorgung

In 21 der 52 Studien (51,2 %) waren Aspekte des sozialen Wohlbefindens, soziale Determinanten bzw. die Lebens- und Unterbringungssituation von Asylsuchenden expliziter Ausgangspunkt der Analysen [12, 14, 17, 20–23, 33, 37, 39, 44–46, 49–51, 56, 58–61].

Drei qualitative Studien [12, 59, 63] betrachten den Gesundheitszustand und die medizinische Versorgung im Kontext der Lebensumstände und sehen darin sowohl einen Risikofaktor für Erkrankungen als auch für unzureichende medizinische Versorgung.

Im Rahmen einer Evaluation des Projekts „Selbsthilfe, Arbeitsmarktzugang und Gesundheit von Asylsuchenden (SAGA)“ betrachten Groß et al. [59] die Verbesserung der Gesundheit von 52 Flüchtlingen durch Maßnahmen, die

der psychischen und sozialen Stabilisierung dienen, wie bspw. erleichterter Zugang zum Arbeitsmarkt. Ein weiterer Pfeiler des Projektes, die Optimierung der Strukturen in der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen durch Aufbau eines Traumanetzwerkes und Ausbildung in Traumatherapie, trug ebenfalls zu einer verbesserten Gesundheit der Flüchtlinge bei.

Behrens et al. [12] explorieren anhand von teilnehmenden Beobachtungen und Interviews den Einfluss der Lebensumstände von Asylsuchenden auf deren Gesundheit. Das Leben in Gemeinschaftsunterkünften, Perspektivlosigkeit und auch eingeschränkte Möglichkeiten der Ernährung, als nur einige ausgewählte Aspekte des sozialen Wohlbefindens, wirken sich schädlich auf die Gesundheit aus. Erschwert wird diese Situation durch bürokratische Hürden zur Genehmigung eines Arztbesuches sowie durch kulturellspezifische Erwartungen an medizinische Versorgung. Diese Befunde sind konsistent mit quantitativen Studien: Albers [20] untersucht in ihrer Dissertation die Lebenssituation von 183 Asylsuchenden anhand von 21 selbst berichteten psychosozialen Stressoren sowie den Zusammenhang zwischen diesen und der Prävalenz psychischer Beschwerden, erhoben mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ). Nijhawan [63] beschreibt in einer ethnografischen Studie unter Punjabi-Flüchtlingen, dass die Versorgung bereits kranker Personen unzureichend ist, aber ebenso die Lebensumstände in Gemeinschaftsunterkünften mit eingeschränkter Versorgung zu einer Verschlechterung der Gesundheitssituation beitragen. Die vorliegenden Studien bestätigen somit internationale Erkenntnisse, dass die Lebens- und Unterbringungssituation während des Asylverfahrens als psychisch belastend erfahren wird. Studien mit prospektivem Charakter und dem Versuch kausale Zusammenhänge (im quantitativen Sinne) zu beweisen, lagen nicht vor.

Weitere Details und Erkenntnisse aus den 52 eingeschlossenen Studien sind **Tab. 3** zu entnehmen.

Diskussion

Das Ziel dieser Übersichtsarbeit war es, anhand eines *evidence mappings* erstmalig für die deutsche Forschungslandschaft darzulegen, welche Aspekte der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitszustands von Asylsuchenden wissenschaftlich untersucht worden sind, was aus diesen Forschungsergebnissen bekannt ist und wo ungedeckter, prioritärer Forschungsbedarf besteht.

Prioritärer Forschungsbedarf wird insbesondere ersichtlich im Bereich der Versorgungsbedarfe, -prozesse und -outcomes bzgl. NCDs, bei Schwangerschaft, Wochenbett und Geburt, im pädiatrischen Bereich sowie im Bereich der Zahngesundheit. Hier traten die größten Forschungslücken zutage.

Aus der Literatur der letzten 25 Jahre lässt sich eine „klassische“ Sicht auf die Untersuchung des Gesundheitszustands von Asylsuchenden ableiten: Diese ist vor allem „seuchenhygienisch“ und vorwiegend auf psychische Erkrankungen fokussiert. Trotz der zahlreichen und zumeist große Fallzahlen umfassenden Studien im Bereich der Infektionsepidemiologie bleibt der Erkenntnisgewinn jedoch (bis auf wenige Ausnahmen) tendenziell gering: Epidemiologische Kennzahlen unterliegen den Dynamiken und Entwicklungen der Herkunftsländer, sodass rein deskriptive, auf einzelne Bundesländer oder gar Regionen beschränkte Analysen als Grundlage für Versorgungsmaßnahmen eine kurze Halbwertszeit haben. Damit Erkenntnisse in diesem Bereich ihre Aktualität wahren, ist eine verbesserte Surveillance nötig, die nicht auf einzelnen Studien beruht.

Darüber hinaus waren viele der infektionsepidemiologischen Studien „losgelöst“ von sozialen Determinanten und Versorgungsaspekten: Asylsuchende waren zumeist konzipiert „als Risikofaktor“ (*engl: as risk for*) und nicht als „einem höheren Risiko ausgesetzt“ (*engl: at risk of*), z. B. aufgrund der Unterbringung in Sammelunterkünften. Studien, die neben der Epidemiologie einer Infektionserkrankung auch die relevanten Versorgungsaspekte (wie Zugang, Ergeb-

nisqualität oder Kosten) mit adressierten, waren eher die Ausnahme [17, 28, 35].

Trotz der zahlenmäßig hohen Anzahl an Studien im Bereich psychischer Erkrankung bleibt auch hier der Erkenntnisgewinn moderat: Kleine, nicht repräsentative Samples gepaart mit starker Heterogenität in allen relevanten Bereichen der Studien (Settings, Sampling, Populationen, Instrumente, Klassifikationen) führen zu keiner Vergleichbarkeit der Ergebnisse hinsichtlich der psychischen Krankheitslast. Diese erscheint – kohärent mit der internationalen Literatur [1, 3] – zwar in allen Studien hoch (bis auf eine [15], bei der die Diagnosen nicht den Bedarf, sondern die Kodierungspraxis und das Versorgungsangebot abbilden). Dennoch lässt sich das Ausmaß der Erkrankungslast oder des Bedarfs kaum quantifizieren, da nur die wenigsten Studien in diesem Bereich [21, 46, 56] eine Referenzgruppe verwendeten, anhand derer die Zielparameter z. B. alters- und geschlechtsadjustiert verglichen werden konnten.

Weiterhin gilt es den Blick für die Relevanz der Versorgungsdimension zu stärken: Zwar adressierten insgesamt 23 der 51 Primärstudien (45,0 %) einen oder mehrere Versorgungsaspekte (Zugang, Qualität, Kosten). Bezogen auf die 25 Jahre, die das Review umschließt, und angesichts der Besonderheiten der Regelungen des AsylbLG erscheint jedoch nicht nur die Zahl gering. Auch inhaltlich ist ein Bedarf an rigoroseren Evaluationen geboten, um lokal entwickelte gute Praxis zu identifizieren (s. z. B. Beitrag von Brockmann in diesem Heft) und in die Fläche zu bringen.

Darüber hinaus kamen auch konzeptionelle Aspekte zutage: Nur 12 der 41 quantitativen Studien (29,3 %) erhoben den sozioökonomischen Status (SES) der Asylsuchenden [14, 20, 22, 25, 37, 41, 46–48, 50, 51, 56]. Davon erhoben 4 Studien die erreichten Schulabschlüsse [20, 46, 48, 56], 5 Studien die Anzahl der Jahre des Schulbesuchs [14, 25, 41, 50, 51], 7 Studien die aktuelle Erwerbstätigkeit [22, 25, 37, 46, 47, 50, 56], eine Studie die frühere Erwerbstätigkeit im Herkunftsland [41] und eine Studie das Vorliegen einer Arbeitserlaubnis [50] bei Asylsuchenden. In den Studien war nicht

Tab. 3 Tabellarische Übersicht der Zielstellungen, Designs sowie Kernergebnissen der 52 eingeschlossenen Studien

	Ziel/Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse/Schlussfolgerungen der Studie
Albers HM [3]	Zu untersuchen wie Asylsuchende die Lebensbedingungen in ihren Unterkünften bewerten, ob psychosoziale Stressfaktoren vorliegen, wie hoch die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist und ob ein Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und psychischer Gesundheit besteht	QS	Die Mehrheit der Teilnehmer bewertete die eigene Gesundheit, psychisch und physisch, als gut bis sehr gut, die Lebensumstände jedoch als schlecht bis sehr schlecht. 65,7 % der Teilnehmer berichten mindestens ein psychisches Krankheitssymptom, bei 57,2 % besteht der Verdacht einer PTBS. Belastende Faktoren sind u. a. „Duldung“, generelle Unsicherheit und finanzielle Sorgen
Baron J et al. [5]	Bewertung des Bedarfs, der Strukturen und der Defizite in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung in drei ostdeutschen Bundesländern	QS	Die psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in den ostdeutschen Bundesländern ist unzureichend und ein Ausbau der Behandlungsressourcen ist dringend notwendig. Es besteht eine große Diskrepanz zwischen Versorgungsbedarf und vorhandenen Versorgungsstrukturen. Versorgungsdefizite werden besonders in unterfinanzierten Gegenden deutlich, jedoch gibt es auch Modelle psychosozialer Zentren, die durch gute Akzeptanz und Zusammenarbeit mit Ämtern einen Anstoß zur Etablierung passender Kooperations- und Unterstützungskonzepte geben sollten
Behrensen B et al. [6]	Untersuchung des Einflusses der Lebensbedingungen auf die Gesundheit von Asylsuchenden	Projekt-evaluation	Ernährung: Essen wird als pathogener Faktor betrachtet und belastet Asylsuchende, da sie aus finanziellen Gründen keine Nahrung außerhalb der Unterkünfte beziehen können. Medizinisches Personal stellt eine ungenügende Versorgung fest, sieht jedoch keinen Zusammenhang zu Krankheiten. Unterbringung: Die Unterbringung wird als Camp mit eingeschränkten Freiheiten und Möglichkeiten betrachtet und erschwert die Integration und den Aufbau sozialer Kontakte. Asylsuchende fühlen sich isoliert und nicht willkommen. Unsicherheit, Perspektivlosigkeit und Furcht vor Abschiebung stellen als permanente Bedrohung einen belastenden Faktor dar. Durch das anfängliche Arbeitsverbot entsteht eine Frustration mit der Situation in Deutschland. Einige Unterkünfte fordern Angaben zu den Gründen, bevor Arztbesuche gestattet werden, was als Einschnitt in die Privatsphäre betrachtet wird. Andere Unterkünfte verteilen Krankenscheine ohne vorherige Nachfragen bzw. es sind in einigen Unterkünften Ärzte vor Ort. Asylsuchende fühlen sich teils von Ärzten schlechter behandelt als andere Patienten. Asylsuchende haben unterschiedliche Vorstellungen von medizinischer Behandlung und Wartezeiten
Birck A [7]	Vergleich der Ergebnisse medizinischer und psychologischer Untersuchungen durch polizeiärztlichen Dienst und klinische Psychologen	Vergleichende Analyse	Die Ergebnisse durch den polizeiärztlichen Dienst (PÄD) unterscheiden sich erheblich von denen durch klinische Psychologen; PÄD-Berichte: kürzere Krankheitsgeschichte, traumatische Erlebnisse seltener berichtet, seltener Diagnostik von Beschwerden und Erkrankungen, Reisefähigkeit wird häufiger bejaht. Argumentationsstrukturen des PÄD zeigen eine Verleugnung traumatischer Erlebnisse und deren pathologische Bedeutung
Bogic et al. [8]	Analyse a) des Zusammenhangs zwischen soziodemografischen Faktoren, Kriegserlebnissen, und Postmigrationsfaktoren mit psychischen Störungen bei Kriegsflüchtlingen derselben Region, die in unterschiedlichen Ländern aufgenommen wurden, b) der Variation des Zusammenhangs zwischen Ländern, c) des relativen Impacts der einzelnen Faktoren und des Einflusses von Postmigrationsfaktoren auf den Zusammenhang zwischen Kriegserlebnissen und psychischen Störungen	Multi-zentrische QS	i) Niedriges Bildungsniveau, eine höhere Anzahl potenziell traumatischer Erlebnisse während und nach dem Krieg, höherer migrationsbedingter Stress, das Gefühl im Aufnahmeland nicht akzeptiert zu sein und ein temporärer Aufenthaltsstatus waren jeweils unabhängig mit affektiven und Angststörungen assoziiert. ii) Affektive Störungen korrelierten mit weiblichem Geschlecht, höherem Alter und Arbeitslosigkeit, iii) Kampferfahrungen gingen mit niedrigerer Wahrscheinlichkeit für Angststörungen einher, iv) männliches Geschlecht, niedriges Alter und nicht in einer Partnerschaft lebend waren die einzigen Faktoren, die mit höherem Substanzabusus einhergingen, v) Kriegserlebnisse und Postmigrationsstressoren wirkten sich direkt auf die Prävalenz psychischer Störungen (mit Ausnahme des Substanzabusus) aus
Bräutigam B et al. [9]	Es werden die spezifischen Probleme in der psychosomatischen Behandlung von Flüchtlingskindern und -jugendlichen aufgezeigt	Kasuistik	Familien mit Migrationshintergrund werden möglicherweise unzureichend behandelt aufgrund kultureller und sprachlicher Barrieren. Kinderärzte verfügen nur über wenig Wissen über das häufige Auftreten von psychosomatischen Symptomen bei Kindern mit Flüchtlingshintergrund

Tab. 3 Tabellarische Übersicht der Zielstellungen, Designs sowie Kernergebnissen der 52 eingeschlossenen Studien (Fortsetzung)

	Ziel/Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse/Schlussfolgerungen der Studie
Brune M et al. [10]	Es wird ein positiver Zusammenhang zwischen dem Umfang von Glaubenssystemen im Leben von traumatisierten Flüchtlingen und Therapieerfolg angenommen, unabhängig von der Art der Therapie	Kohortenstudie	Es zeigten sich keine Unterschiede in den Therapieerfolgen zwischen verschiedenen Therapieformen (Krisenintervention, Kurzzeit-/Langzeittherapie). Es besteht kein Zusammenhang zwischen einer Verbesserung der psychischen Symptomatik und Therapiedauer, Sprache oder Bildungsstand. Zusätzliche Psychopharmakotherapie zeigt kein signifikant besseres Ergebnis. Glaubenssysteme zeigen dann einen bedeutenden positiven Einfluss auf den Therapieerfolg, wenn sie eine zentrale Rolle im Leben des Patienten einnehmen
Burmester F [13]	Evaluation der Auswirkungen der „Gesundheitskarte für Asylsuchende“ in Hamburg in 2012 aus Perspektive der Agentur für Arbeit, Soziales, Familie und Integration	Vorher-Nachher Studie	Einführung der Gesundheitskarte: I) verbesserter Zugang zu medizinischen Leistungen für Asylsuchende, II) Entlastung der Sozial- und Gesundheitsämter durch geringeren administrativen Aufwand, III) Kostenvermeidung von insgesamt 1,6 Mio. € Ausgaben pro Jahr, IV) monatliche Pro-Kopf-Ausgaben sind nicht gestiegen, sondern nach Einführung konstant geblieben
Butollo et al. [14]	Beurteilung psychischer Erkrankungen im Rahmen des Pilotprojektes „Gutachterstelle zur Erkennung psychischer Störungen bei Asylbewerbern“ in München	QS	I) Hohe Anzahl an Bewerbungen zeigt die Notwendigkeit und Akzeptanz eines Diagnostikzentrums. Hauptgrund für Ausfälle war kurze Verweildauer in Erstaufnahmeeinrichtung. II) Prävalenz psychischer Störungen: 68,8 %, Hauptdiagnosen: PTBS (27,3 %), Depression (14,3 %). Akuter Behandlungsbedarf: 16,2 %
Casal et al. [15]	Identifikation von Risikofaktoren für Multiresistenzen bei Patienten mit Lungentuberkulose in Frankreich, Italien, Spanien und Deutschland	Fall-Kontrollstudie	i) Risikofaktoren: intravenöser Drogenabusus (OR 4,68), Asylbewerberleistungen als Einnahmequelle (OR 2,55), Pflegeheimunterbringung, frühere Lungen-Tbc (OR 2,03), Gefängnis (OR 2,02), bekannte Tbc-Kontaktperson (OR 2,01), Immunsuppression (außer HIV) (OR 1,96), AIDS (OR 1,96), pulmonale Lokation aktueller Tbc-Erkrankung (OR 1,77) und Mitarbeiter/-innen aus Gesundheitsberufen (OR 1,69) ii) Risikofaktor für MDR-TB in Deutschland ist (u. a.) Angabe von Asylbewerberleistungen als Einnahmequelle (OR = 5,1)
Claassen et al. [16]	Darstellung des Umfangs und der Art von Forschung im Bereich psychischer Gesundheit und deren Versorgung in Migrantenpopulationen in Deutschland, UK und Italien und Übersicht über Forschungsziele, Methodik und Ergebnisse	Systematische Review	Umfassendere und qualitativ bessere Forschung wird benötigt, um Evidenz über die bestmögliche Versorgung psychischer Erkrankungen für Migranten zu erhalten. Das Volumen an Daten in Deutschland ist in Anbetracht der Herausforderungen in diesem Bereich unzureichend. Die Qualität der Studien sollte verbessert werden. Zukünftige Forschung erfordert eine angemessene Finanzierung, gute methodologische Qualität und sollte auf Zusammenarbeit innerhalb Europas basieren
Diel et al. [21]	Analyse der Charakteristika der Tbc bei Personen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit, um zu untersuchen, inwiefern diese einen Beitrag zur Tbc-Inzidenz in Hamburg leisten	Prosp. molekularepidemiologische Studie	Circa 1/3 aller Tbc-Fälle (108 von 334 [32,3 %]) konnten einer Erkrankung bei Asylsuchenden zugeordnet werden. Signifikant längere Latenzperiode bei Asylsuchenden von der Ankunft in Deutschland bis zur ersten Manifestation der Erkrankung. Asylsuchende wiesen ein verzögertes Inanspruchnahmeverhalten auf: Die Latenzperiode zwischen der retrospektiv erfassten ersten Manifestation und der Diagnosestellung lag im Schnitt bei Asylsuchenden bei 6,5 (SD 5,2) Wochen, bei anderen Immigranten bei 4,9 (SD 3,1) und war signifikant höher ($p = 0,009$). Die Tbc-Inzidenzrate bei Asylsuchenden, die nach Ankunft in Deutschland erkrankten, betrug 77 pro 12.145 (634 pro 100.000) und war signifikant höher ($p < 0,01$) bei Männern (0,82 %) als bei Frauen (0,46 %). Der Anteil identifizierter Tbc-Fälle durch das Screening lag bei 31 pro 12.176 (0,25 %)
Diel et al. [20]	i) Untersuchung möglicher Risikofaktoren der Hepatitis B Virus (HBV)-Infektion und Vergleich der Übertragungswege zwischen der Bevölkerung in Hamburg mit ausländischer bzw. deutscher Staatsangehörigkeit, ii) Untersuchung der Effektivität von HBV-Kontrollmaßnahmen in Hamburg	Prosp. epidemiologische Studie	i) Die Chance einer HBV-Infektion beträgt bei Asylsuchenden das 6,93-Fache der Chance von nicht Asylsuchenden, adjustiert für verschiedene Kovariablen (Homosexualität, Anzahl der Haushaltskontakte, Nationalität (deutsch/nicht deutsch) und Alter des Index-Falls). Der Hauptrisikofaktor war IV-Drogenabusus (17,7 % aller gemeldeten HBV-Fälle bzw. 93/524), gefolgt von Immigration als Flüchtling (13,9 % aller Fälle bzw. 73/524). Die größten Risikofaktoren einer HBV-Infektion waren Homosexualität bei Männern, gefolgt von „Status als Asylsuchende“ und der Anzahl der Haushaltskontakte. Die Inzidenz in Personen nicht deutscher Staatsangehörigkeit (16,1 pro 100.000) betrug das 3,5-Fache der Inzidenz bei Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit (4,5 pro 100.000). Prävalenz der HBV-Infektion bei Asylsuchenden: 678 pro 100.000. ii) Latenz zwischen ersten Symptomen und Diagnose: 9–10 Tage. Latenz zwischen Diagnose und Meldung: 14–15 Tage (bis hin zu 61 Tagen). Empfehlung: freiwilliges Screenen und Immunisierung von Personen nicht deutscher Staatsangehörigkeit bei negativer Serologie
Dreweck et al. [22]	Keine berichtet (implizit: Deskription der Epidemiologie der Tbc in München)	QS	22 (bzw. 24) Fälle von Tbc bei Asylsuchenden in München im Jahr 2012 (bzw. 2009)

Tab. 3 Tabellarische Übersicht der Zielstellungen, Designs sowie Kernergebnissen der 52 eingeschlossenen Studien (Fortsetzung)

	Ziel/Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse/Schlussfolgerungen der Studie
Dudareva et al. [23]	Identifizierung von Fällen mit PVL-positiven, ambulant erworbenen MRSA-Keimen in einer Flüchtlingsunterkunft in Schleswig-Holstein	QS	Es wurden drei weitere PVL-positive MRSA-Keime identifiziert, die jedoch unterschiedliche Resistenzen aufwiesen, eine Übertragung innerhalb der Unterkunft wurde ausgeschlossen. Die durchgeführte Kontrollstrategie erwies sich als erfolgreich und eignet sich zur Keimeindämmung in Unterkünften. MRSA-Keime in Gemeinschaftsunterkünften sollten besonders aufmerksam therapiert werden
Gäbel et al. [25]	1. Stellt PTBS eine relevante Größe unter Asylbewerbern in Deutschland dar? 2. Können Einzelentscheider mithilfe von Kurzinstrumenten Anzeichen einer PTBS erkennen?	QS	1. Untersuchung durch Psychologen: PTBS-Prävalenz: 40 % ($n = 16$) bei Asylsuchenden. Untersuchung durch Einzelentscheider (PDS-Instrument): PTBS-Prävalenz: 60 %. 2. Qualität der Diagnosestellung durch das PDS-Instrument durch Einzelentscheider: Sensitivität: 0,6; Spezifität: 0,25. Die Schwierigkeit, traumatische Erfahrungen und resultierende PTBS-Symptome im Rahmen der Erstanhörung durch geschulte Mitarbeiter des BAFI zu erkennen, weist auf eine Verbesserungswürdigkeit der Verfahrensökonomie des Asylverfahrens hin
Gardemann et al. [26]	Analyse der Versorgungssituation von Flüchtlingskindern in Münster hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung	QS	Inanspruchnahme präventiver Untersuchungen (U-Untersuchungen) ist niedriger als bei deutschen Kindern. Flüchtlingskinder haben seltener einen Impfpass, weniger als 10 % weisen eine Immunisierung gegen Tetanus auf. Raten vollständiger Immunisierung gegen: Diphtherie: 9,2 %; Pertussis: 3,2 %; Masern: 12,9 %; Mumps: 11,2 %; Röteln: 8,8 %; Polio: 12 %. Ein großer Anteil weist Krankenhausaufenthalte auf (ein Tag: 16,3 %, bis drei Tage: 32,6 %, 20 Tage und mehr: 23,1 %)
Gauert B [27]	Eine Basis für ärztliche Entscheidungen über weitergehende mikrobiologische Untersuchungen (bzgl. bakteriellen und parasitären Infektionen des Darmes) bei Asylsuchenden zu liefern	QS	Die Pflichtuntersuchungen auf Shigellen und Salmonellen ist nicht ausreichend. Es sollte die gesamte Palette der Enterobacteriaceae einbezogen werden. Der Umfang der notwendigen parasitologischen Diagnostik muss sich nach dem jeweiligen Herkunftsland richten
Gavranidou et al. [28]	Die Häufigkeiten von PTBS und anderen psychischen Auffälligkeiten bei jugendlichen Flüchtlingen zu ermitteln und in Bezug zu direkten und indirekten Kriegsbelastungen und aktuellen Lebensbedingungen in Deutschland zu setzen	QS	i) SCAS-RADS-D: 60 % der jugendlichen Flüchtlinge erlebten traumatisierende Ereignisse, 16 % weisen PTBS-Symptome auf. Die aktuelle und vergangene Lebenssituation der jugendlichen Flüchtlinge ist bzw. war jeweils sehr stressreich. Exilbedingte Belastungen und aktuelle psychologische Symptome weisen eine signifikante Korrelation auf. Direkte Kriegserlebnisse korrelieren nicht mit selbst berichteten PTBS-Symptomen auf der Youth Self Report (YSR)-Skala. Kinder und Jugendliche, die von vielen familiären Belastungen berichten, beschreiben sich geschlechts- und altersunabhängig auf fast allen YSR-Skalen als pathologischer
Groß V et al. [30]	Evaluation der Projektziele des „SAGA-Projektes“: I) Verbesserung der individuellen Gesundheit durch Maßnahmen, die einer Destabilisierung vorbeugen, II) Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden durch Abbau struktureller Defizite	Projekt-evaluation	Soziale Stabilisierung (durch Zugang zum Arbeitsmarkt) und psychische Stabilisierung erwiesen sich als erfolgreich in der Verhinderung von Destabilisierung. Destabilisierung wurde verschlimmert durch eine Nichtanerkennung beruflicher Qualifikationen, Diskriminierung oder das Erleben von Ungleichheiten. Maßnahmen, die die Gesundheitsversorgung erfolgreich verbesserten: Aufbau eines Netzwerkes für traumatisierte Flüchtlinge, Verbesserung der Kommunikation im regionalen Gesundheitssektor, weiterführende Trainings in Traumatherapie für Gesundheitsdienstleister
Hensel-Dittmann et al. [31]	Vergleich von zwei aktiven Behandlungen für PTBS als Konsequenz von Krieg und Folter: narrative Expositionstherapie (NET) vs. Stress Inokulations Training (SIT)	RCT	NET führt zu einer signifikanten Reduktion der PTBS-Symptomatik bei Flüchtlingen und Asylsuchenden. NET zeigte eine gute Akzeptanz bei den Patienten und ist womöglich einfacher durchzuführen als komplexe Verhaltenstherapie, die ein hohes Maß an Einsatz und Verständnis abstrakter Konzepte benötigt wie das SIT. Die Machbarkeit von NET war bei hoch traumatisierten Überlebenden organisierter Gewalt mit unsicherem Aufenthaltsstatus in Deutschland gegeben. Keine signifikante Reduktion von PTBS-Symptomen bei der SIT-Gruppe
Herrmann M [32]	Beschreibung des Gesundheitszustands, des Gesundheitsverhaltens und der Einstellung gegenüber Gesundheit bei Flüchtlingen	Ethnografie, Interview	Der erste Kontakt von Flüchtlingen mit dem Gesundheitssystem ist die Erstuntersuchung, in der der Fokus auf Infektionskrankheiten liegt. Flüchtlinge leiden unter einer Vielzahl von psychischen und physischen Erkrankungen, die deutlich mit traumatischen Erlebnissen zusammenhängen
Jung F [33]	Bewertung, in welchem Ausmaß das „Bremer Modell“ der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden genutzt wurde, welche Nationalitäten durch das Programm erreicht wurden und das Krankheitsspektrum abzubilden	Wiederholte QS	I) Flüchtlinge sind von einer hohen psychischen und physischen Krankheitslast aufgrund ihrer früheren und gegenwärtigen Lebenssituation betroffen. II) Nutzung: Aufenthaltsdauer, Akzeptanz der Ärzte und Wartezeiten beeinflussen die Inanspruchnahme. Frauen zeigen eine höhere Inanspruchnahme aufgrund ihrer Rollenmodelle. Die hohe Nutzungsrate zeigt eine große Akzeptanz, jedoch verbleiben Bedarfe in der Versorgung, v. a. im Bereich psychischer Gesundheit. III) Das Spektrum physischer Erkrankungen ist breit, außer Tuberkulose sind Infektionskrankheiten jedoch selten

Tab. 3 Tabellarische Übersicht der Zielstellungen, Designs sowie Kernergebnissen der 52 eingeschlossenen Studien (Fortsetzung)

	Ziel/Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse/Schlussfolgerungen der Studie
Kesseler K [34]	Evaluation der Durchseuchung mit Tbc und die Erkrankung an Tbc bei Asylbewerbern in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Herkunftsland	Prospektive epidemiologische Studie	Die hohe Prävalenz von Tbc bei Asylsuchenden wird als Infektionsrisiko gewertet. Bei jedem Asylsuchenden ist, unabhängig von Herkunftsland, möglichst zeitnah zur Antragsstellung ein Röntgenbild des Thorax zu fertigen
Koch et al. [35]	Erfassung des Anteils der Patienten mit Migrationshintergrund im stationären Bereich, ihrer Nationalität, ihrer Herkunft, weiterer soziodemografischer Daten sowie der möglichen Beeinflussung der Diagnostik und der Therapie durch den Migrantenstatus der Patienten	QS	Im Vergleich zu ihrem Anteil an der Wohnbevölkerung zeigt sich eine auffällig hohe Zahl von insgesamt 12,9 % Asylsuchenden oder Flüchtlingen und Asylberechtigten unter den stationär Behandelten. Dies spricht für hohe Vulnerabilität und psychische Belastung dieser Personengruppe. Die Diagnoseverteilung mit hohem Anteil schizophrener Psychosen und posttraumatischer Belastungsstörungen stützt diese Annahme. Daneben scheint eine lange Dauer von Asylverfahren (zwei Drittel der Patienten in der Stichprobe lebten schon länger als fünf Jahre in Deutschland) einen negativen Einfluss zu haben
Koch et al. [36]	Einleitung in die Arbeit mit Flüchtlingen und Darstellung der Verbindung von verbalen und nonverbalen Therapiekonzepten	Fallstudien	Nonverbale Therapien stellen eine wichtige Ergänzung zu traditionellen verbalen Therapien dar. Tanz- und Bewegungstherapie fördert die emotionale und kognitive Verarbeitung von Trauma und unterstützt Patienten in der Wiedergewinnung einer positiven Beziehung zu ihrem Körper. Es zeigen sich deutliche Unterschiede im nonverbalen und verbalen Verhaltensrepertoire bei Flüchtlingen
Kruse et al. [37]	Untersuchung der Effekte der ersten Stufe der Psychotherapie auf PTBS-Symptome und somatoforme Störungen bei Kriegsflüchtlingen mit PTBS und komorbiden somatoformen Störungen	Interventionsstudie (nicht randomisiert)	Die Stabilisierungsphase der traumafokussierten Psychotherapie reduzierte PTBS-Symptome und psychischen Disstress bei Flüchtlingen mit PTBS und komorbiden somatoformen Störungen. Die Behandlung somatoformer Störungen bei Kriegsflüchtlingen sollte koordiniert mit der PTBS-Therapie erfolgen
Lamott F [38]	Was denken und wissen Flüchtlinge aus dem Kosovo und Flüchtlingsexperten in den Aufnahmeländern über Trauma? Welche Bedeutung hat Trauma für die persönliche, nationale und auch Geschlechtsidentität? Welche Konsequenzen ergeben sich für die Arbeit mit Flüchtlingen?	Interviews, teilnehmende Beobachtung	Eine Flüchtlingspolitik, die das Recht auf Asyl an einen Trauma-Opfer-Status bindet, entmündigt und pathologisiert passiv das Trauma als politisches Instrument. Therapeutische und soziale Arbeit mit Flüchtlingen erfordert eine Balance zwischen Empathie für die Flüchtlinge und einer kritischen Sensitivität, um kontraproduktive Aspekte des Traumadiskurses zu verhindern
Loytved et al. [40]	i) Welchen Stellenwert hat die aktive Fallfindung für die Bekämpfung der Tbc in Unterfranken? Welche Behandlungserfolge werden erzielt und durch welche Faktoren geschmälert?	Retrospektive Kohortenstudie	i) Aktive Fallsuche hat einen hohen Stellenwert bei Asylsuchenden und Aussiedlern. Patienten, die die Behandlung abbrachen, waren zumeist „30–40 Jahre“, „männlich“ und „asylsuchend“. Röntgenuntersuchungen in Erstaufnahmeeinrichtungen tragen wesentlich zur Fallfindung bei (45 Fälle). Der Anteil eines ungünstigen Behandlungsausgangs ist bei Asylsuchenden höher als bei der Regelbevölkerung
Mohammadzadeh Z [42]	Evaluation des „Bremer Erstuntersuchungsprogramms für Asylsuchende“	Retrospektive Kohortenstudie	Das Angebot von Erstversorgung verbesserte die Gesundheitsversorgung Asylsuchender, sparte Ressourcen und reduzierte Überweisungen. Die lange Beziehung zwischen Ärzten und Asylsuchenden verbesserte die Compliance und die Kooperation mit Hausärzten war erfolgreich
Möhlen et al. [41]	i) Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Anzahl traumatischer Ereignisse und dem Ausmaß psychischer Erkrankungen, ii) Implementierung und Evaluation der Effektivität eines neuartigen kurzfristigen psychosozialen Behandlungsprogramm bei Kindern und Jugendlichen Flüchtlingen	Interventionsstudie (before after study)	i) Die Anzahl der traumatischen Ereignisse (erhoben durch HTQ) war stark mit der Schwere posttraumatischer und depressiver Symptome assoziiert und mit der Einschränkung globaler psychosozialer Funktionen nach Traumatisierung. Das Ausmaß der Angstsymptomatik war nicht signifikant mit der Anzahl traumatischer Ereignisse assoziiert. Die Basisunterstützung der Intervention zeigte positive Effekte auf die Teilnehmer hinsichtlich der Reduktion emotionalen Disstresses und der Verbesserung globaler psychosozialer Funktionen
Nijhawan M [43]	Eine Diskussion der Lebensumstände und der gesundheitlichen Situationen von Punjabi-Flüchtlingen in Frankfurt	Ethnografie	Bereits kranke Personen werden nur unzureichend versorgt. Das Leben in Asylunterkünften verschlimmert das Problem, da die hygienischen Bedingungen sehr schlecht sind, die Unterkünfte sind überfüllt, unsichere Ort und die Gefahr von Überfällen und Angriffen ist stets präsent. Die Unterkünfte sind meist in Randbezirken lokalisiert und machen es schwer für Bewohner zu arbeiten oder medizinische Hilfe zu suchen. Einige Personen berichten von physischer Gewalt durch deutsche Beamte, viele Flüchtlinge haben Suizid begangen und einige überlebten den Prozess der Abschiebung nicht

Tab. 3 Tabellarische Übersicht der Zielstellungen, Designs sowie Kernergebnissen der 52 eingeschlossenen Studien (Fortsetzung)

	Ziel/Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse/Schlussfolgerungen der Studie
Niklewski et al. [44]	Analyse der Prävalenz und Behandlungsbedarfe psychischer Erkrankungen in einer Asylbewerberunterkunft in Zirndorf. Implizit: Erfassung von unterschiedlichen Prävalenzen je nach Sampling-Strategie (Selbstzuweisung vs. Zufallsauswahl)	QS	I) Prävalenz (Zufallsstichprobe/Selbstzuweiser): psychiatrische Symptome (45 %/78,5 %); PTBS (17 %); PTBS und depressive/Angststörungen (37,6 %) II) Prävalenz (Zufallsstichprobe/Selbstzuweiser): akuter Behandlungsbedarf (25,6 %/50,6 %), Bedarf ambulanter oder stationärer Behandlung (Gesamtstichprobe: 51,6 %), III) Krankheiten und Symptome waren in der Gruppe der Selbstzuweiser signifikant höher als in der Zufallsstichprobe
Otto M et al. [45]	Implizit: Untersuchung der Quelle für hohe Quecksilberbefunde bei Asylsuchenden in Lagern	QS	Quecksilberhaltige Kosmetika (Hautcremes) führten zu endemischer Belastung bei den Asylsuchenden
Rohleder et al. [49]	Untersuchung bosnischer Kriegsflüchtlinge mit PTBS im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen auf Hypokortisolismus, eine überreagible Entzündungsreaktion und den Effekt von Glukokortikoiden	QS	I) Es zeigt sich eine abgeschwächte Kortisolausschüttung in bosnischen Kriegsflüchtlingen mit PTBS im Vergleich zu Kontrollpersonen ohne PTBS, ebenso wie niedrigere Kortisolspiegel im Tagesverlauf, II) PTBS-Patienten zeigen eine gesteigerte Sensitivität für proinflammatorische Zytokine III) Höhere Glukokortikoidsensitivität ist mit niedriger Kortisolantwort am Morgen assoziiert
Ruf-Leuschner et al. [50]	Untersuchung der Prävalenz psychischer Erkrankungen (v. a. PTBS) bei in Deutschland lebenden Flüchtlingskindern und Identifizierung von Prädiktoren für die Stärke der PTBS-Symptomatik	QS	Jedes fünfte Kind von Asylsuchenden in Deutschland, die in 2003/2004 in Gemeinschaftsunterkünften lebten, litt an PTBS. Die Anzahl traumatischer Erlebnisse bestimmt die Stärke der PTBS-Symptome, unabhängig von Geschlecht oder Alter
Ruf-Leuschner et al. [51]	Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen PTBS-Symptomen von Müttern und PTBS-Symptomen/traumatischen Erlebnissen der Kinder, Gewalterfahrungen in familiärem Kontext der Kinder und Gewalterfahrungen der Mütter in deren Jugend/Gewalt in der Partnerschaft der Mütter, Geschlecht des Kindes und familiärer Wohnsituation	QS	I) Es wurde kein statistischer Zusammenhang zwischen PTBS-Symptomen der Mutter und des Kindes gefunden Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen II) der Stärke der mütterlichen PTBS-Symptome und familiärer Gewalterfahrung des Kindes, III) familiärer Gewalt in der Kindheit der Mutter und familiärer Gewalterfahrungen durch die Kinder, IV) von Kindern berichteten Traumasymptomen und dem Ausmaß erlebter Gewalt in familiärem und externem Kontext, VI) stärkeren PTBS-Symptomen bei Kindern, die in Gemeinschaftsunterkünften leben
Sabes-Figuera et al. [52]	1) Bewertung der ökonomischen Spätfolgen des Krieges durch Messung der gegenwärtigen Nutzung und Kosten von Gesundheitsdiensten in einer Bevölkerung, die kriegsbezogene Trauma im ehemaligen Jugoslawien erlebte. 2) Identifizierung von Faktoren auf individueller Ebene, die die Unterschiede in Gesundheitskosten erklären, und Beurteilung, ob diese Faktoren sich zwischen Personen unterscheiden, die in der Kriegsregion blieben oder in andere Länder flüchteten	Multi-zentrische QS	I) Unter den westlichen Ländern berichteten bosnische Kriegsflüchtlinge aus Deutschland eine höhere Inanspruchnahme von fachärztlichen Diensten. II) Die Kosten für Gesundheitsdienste waren in Deutschland doppelt so hoch wie in Italien oder Großbritannien. III) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme medizinische Dienste und Alter, während Beteiligung an Kampfhandlungen zu einer niedrigeren Inanspruchnahme führt. IV) Männer haben eine niedrigere Wahrscheinlichkeit Hilfe zu erhalten als Frauen. V) Bei Vorliegen von Angststörungen (und affektiven Störungen) waren die Gesundheitskosten 76 % (63 %) höher verglichen mit dem Fehlen dieser zusätzlichen Symptome. VI) Gesundheitsausgaben von Beschäftigten lagen unter denen, die keine Arbeit haben
Schmid et al. [53]	Untersuchung der Konzentration von Chlorkohlenwasserstoffen bei Flüchtlingen je nach Herkunft und Vergleich mit der Exposition der deutschen Bevölkerung	QS	Chlorkohlenwasserstoffe existieren weltweit und konnten in allen Flüchtlingspopulationen nachgewiesen werden mit nur leichten Variationen je nach Herkunftsregion. Das Insektizid DDT konnte in weit höheren Leveln bei Flüchtlingen als bei Deutschen nachgewiesen werden
Schwarz-Langer et al. [56]	Beschreibung der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung von 13 Kriegsflüchtlings aus dem ehemaligen Jugoslawien, die traumatischen Erlebnissen ausgesetzt waren	Fallstudie	Die Behandlung umfasst Phasen der Stabilisierung, der Selbstkontrolle, Erinnerung und Trauer und Reintegration, kombiniert mit medikamentöser antidepressiver Therapie. Alle Patienten zeigten eine Verbesserung des Schlafverhaltens und eine Verminderung von Intrusionen und Hyperarousal. Der positive Effekt durch Antidepressiva zeigte sich nach einigen Wochen in Form vermehrter Leichtigkeit, Mut und Interesse

Tab. 3 Tabellarische Übersicht der Zielstellungen, Designs sowie Kernergebnissen der 52 eingeschlossenen Studien (Fortsetzung)

	Ziel/Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse/Schlussfolgerungen der Studie
Sieberer M et al. [57]	Untersuchung der Häufigkeit von Traumatisierung, Suizidalität und gestellter Diagnosen und eine Beschreibung der soziodemografischen Charakteristika dieser Population	Retrospektive Studie	I) Auftraggeber psychologischer Gutachten: Verwaltungsgericht (45,2 %), Flüchtlingsrat (19,4 %); Gutachten im Rahmen von Asylfolgeverfahren: 58,1 % oder Wiederaufnahme der Verhandlung: 19,4 %. II) Häufigste gutachterliche Fragestellungen: Vorliegen psychischer Erkrankung (77,6 %), diagnostische Klassifikation (81 %), Vorliegen von PTBS (46,6 %), psychische Störung mit möglicher Traumatisierung (41,4 %), Glaubwürdigkeit (19 %) und Reisefähigkeit (19 %). III) Vorliegen einer früheren Traumatisierung: 82,3 %; Bericht traumatischer Erlebnisse: 58 %; Gründe der Traumatisierung: physische Gewalt (50 %), Folter (29,7 %). IV) Diagnosen: PTBS (74,1 %), depressive Störungen (59,8 %), suizidale Absichten (74,1 %), versuchter Suizid (27,6 %), Frauen werden dabei häufiger als Männer als suizidal bewertet (70,4 % vs 45,7 %). Suizidale Absichten korrelieren nicht mit dem Aufenthaltsstatus
Stellbrink-Kesy B [58]	Die Rolle der Kunsttherapie in der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse	Fallstudie	Kunst funktioniert als Filter und Schutz traumatischer Erlebnisse, Kunst stärkt das Selbstbewusstsein und die Abgrenzung von „innen“ und „außen“, die Abgrenzung zwischen Vergangenheit und Gegenwart und ist daher geeignet zur Bewältigung von Trauma-Erlebnissen
Takla A et al. [59]	1) Epidemiologische Beschreibung eines Masernausbruchs in einer Asylbewerberunterkunft 2) Beurteilung der durchgeführten Impfung von Personen mit serologisch negativem Testergebnis im Vergleich zu einer hypothetischen Reihenimpfung bezüglich vermeidbarer Erkrankungen, Logistik und Kosten	Kosten-Nutzen-Analyse	I) Die Ergebnisse sprechen für die Durchführung einer Reihenimpfung statt selektiver Impfung nach serologischer Testung. Durch unverzügliche Reihenimpfung wären acht Fälle vermeidbar gewesen. Die Logistik der serologischen Testung stellte sich in dieser Situation als schwierig dar. Nur 2/3 der Bewohner nahmen an den freiwilligen serologischen Tests teil und es waren vier Kontakte zwischen den Bewohnern und dem Team notwendig. Die Kosten für serologische Testung und selektive Impfung übertrafen die angenommenen Kosten der hypothetischen Reihenimpfung um das Doppelte
Von Lersner et al. [61]	Untersuchung der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien, die in ihre Heimat zurückkehren, und eine Bewertung der Umstände, unter denen Menschen beschließen zurückzukehren	Interventionsstudie (nicht randomisiert)	I) Die psychische Belastung unter Flüchtlingen, die an freiwilligen Rückkehrprogrammen teilnehmen, ist schon vor der Rückkehr sehr hoch (Prävalenz psychischer Erkrankungen: 53 %) und neun Monate nach Rückkehr in die Heimat noch höher (88 %). Die häufigsten psychischen Erkrankungen sind affektive Störungen und PTBS
Von Lersner et al. [62]	Betrachtung der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien vor ihrer Rückkehr in die Heimat und Vergleich ihrer Gesundheit mit „Bleibenden“	Interventionsstudie (nicht randomisiert)	I) Prävalenz psychischer Erkrankungen vor der Rückkehr: 44 % bei Rückkehrern, 78 % bei „Bleibenden“. Beschrieben werden v. a. PTBS (Rückkehrer: 31 %/Bleibende: 55 %), Depression (32 %/52 %) und erhöhte Suizidalitätsraten (27 %/43 %). 38 % (Bleibende: 59 %) befanden sich in psychologischer Behandlung. Die Lebensqualität vor der Rückkehr stellt sich vergleichbar mit der Allgemeinbevölkerung dar
Von Lersner U et al. [60]	Bewertung der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien, die in Deutschland lebten und keine Rückkehr beabsichtigten, und Betrachtung deren Motive für und gegen eine Rückkehr	QS	I) Der ausgeübte psychische Druck auf Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien, die seit elf Jahren in Deutschland leben, ist alarmierend hoch und wird durch eine schlechte Integration verstärkt. II) Beschrieben werden v. a. PTBS (50 %), affektive und Angststörungen und hohe Raten für Suizidalität. III) 50 % der Teilnehmer waren bereits in psychologischer Behandlung. IV) Bildung stellt einen protektiven Faktor für psychische Gesundheit dar, es besteht kein Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und psychischer Gesundheit. Die Gründe für einen weiteren Aufenthalt in Deutschland sind vorrangig persönlicher Natur
Welbel et al. [63]	Bewertung der Zugänglichkeit zu Suchttherapie sozialer Randgruppen, u. a. Asylsuchende, in benachteiligten Gegenden europäischer Städte	QS	Die Zugänglichkeit zu Suchttherapie ist unterschiedlich in verschiedenen europäischen Ländern und niedrigschwellige Angebote sollten verbessert werden. Berlin zeigt im Vergleich zu anderen Städten mehr gruppenspezifische suchttherapeutische Angebote für Asylsuchende (n = 4)
Wolf M & Tschohl P [66]	Implizit: Beschreibung der Epidemiologie einzelner Frontzahnverluste bei Exiltamilen	Fall-Kontroll-Studie	81,9 % der Zahnverluste sind fachgerecht durchgeführt, der Termin der Zahnextraktion korreliert mit dem Zeitpunkt der Auswanderung der Patienten aus ihrer Heimat. Die Aussagen der Patienten zum Zahnverlust stimmen nicht mit klinischen Befunden überein und sollten ethnologisch untersucht werden
Wolf M [64]	Implizit: Beschreibung der Erfahrungen im Bereich der Zahnversorgung ein Jahr nach Einführung des AsylbLG und den Restriktionen im Zugang zur Versorgung	QS	I) Einer großen Anzahl an Asylsuchenden wurde aufgrund der neuen Regularien zahnärztliche Behandlung untersagt. Ein Jahr nach Einführung des AsylbLG zeigt sich eine Tendenz hin zu einer Zweiklassenmedizin. II) Die Kosten stiegen in 1994 im Vergleich zu den Vorjahren um 100 % an. Das Ziel des neuen Gesetzes, die Kostensenkung, wurde nicht erreicht

Tab. 3 Tabellarische Übersicht der Zielstellungen, Designs sowie Kernergebnissen der 52 eingeschlossenen Studien (Fortsetzung)

	Ziel/Fragestellung der Studie	Design	Hauptergebnisse/Schlussfolgerungen der Studie
Wolf M [65]	Erforschung der Ätiologie einzelner Frontzahn­lücken bei Exil-Tamilen	QS	Unter Exil-Tamilen besteht eine hohe Prävalenz einzelner Frontzahn­lücken, durch ärztliche Extraktion und nicht traumatisch, wie von den Patienten berichtet wird. Die Aussagen der Patienten zum Zahnverlust stimmen nicht mit klinischen Befunden überein und sollten ethnologisch untersucht werden
Zepinic et al. [68]	Untersuchung, wie Flüchtlinge die erhaltene Unterstützung beurteilen und welche Art von Unterstützung sie für die Zukunft erhoffen	QS	I) Flüchtlinge erleben in allen Aufnahmelandern gut organisierte Unterstützung, am besten organisiert in Großbritannien. II) Deutschland: medizinische Primärversorgung hilfreich: 62,9 %; erhaltene Unterstützung insgesamt erniedrigend: 8 %; psychologische Unterstützung wird in Deutschland häufiger (64,6 %) genutzt (als in anderen EU-Ländern) und als hilfreich empfunden. III) Flüchtlinge zeigen PTBS und Depression (51,6 %) generelle Angst (44 %)
Zielke-Nadkarni A et al. [69]	Präsentation von Daten zum Versorgungsbedarf jüdischer Flüchtlinge aus den GUS und die Entwicklung von Strategien für die professionelle Pflege	Interview	Es wurden drei besondere Bedürfnisse in der Pflege dieser Population festgestellt: eine angstfreie Beziehung zum Pflegepersonal (durch Aufbau von Vertrauen und familiärer Strukturen), Sicherstellung von personen- bzw. familienorientierter Pflege (Einbeziehung der Familie in Entscheidungen), Sicherstellung einer Ernährung, die individuellen Bedürfnissen entspricht (russisches und jüdisches Essen)

QS Querschnittstudie, RCT randomisiert-kontrollierte Studie, PTBS Posttraumatische Belastungsstörung, Tbc Tuberkulose

eindeutig, ob es sich um den Bildungsstand vor oder nach Migration (z. B. im Aufnahmeland erworbener Abschluss) handelt. Ein noch geringerer Anteil ließ entsprechende Angaben in die Analysen einfließen, sodass Zusammenhänge zwischen dem Merkmal „Asylsuchende/Flüchtlinge“ und Zielparametern der Gesundheit/der Versorgung auch vielfach durch „omitted variable bias“ verzerrt sein könnten.

Schließlich ist auch das Merkmal selbst von einer konzeptionellen Schwäche betroffen: 29 der Studien (ca. 56,0 % aller Artikel) verwendeten keinerlei Definition für das Merkmal „Asylsuchende“ oder „Flüchtling“. Angesichts der zahlreichen Aufenthaltstitel in Deutschland, der Phasen des Asylverfahrens und der Implikationen für den Gesundheitszustand bzw. den Zugang zur Versorgung sowie mit den Titeln verbundenen Lebenslagen (z. B. vor der Registrierung, nach Erhalt der Aufenthaltsgestattung, bei Duldung, bei Kontingentflüchtlingen, bei der Personengruppe nach §2 AsylbLG, bei anerkannten Flüchtlingen) erweist sich mehr konzeptionelle Schärfe in zukünftigen Studien nicht nur als dringend erforderlich. Durch die zeitlichen Änderungen der Aufenthaltstitel, der Lebensumstände sowie der rechtlichen Ansprüche auf existenzielle Leistungen könnten mit rigoroseren, prospektiven Studien auch kausale Muster der Genese von

Krankheit und Gesundheit während des Asylverfahrens nachgewiesen werden.

Stärken und Limitationen

Trotz einer breiten Suchstrategie kann nicht ausgeschlossen werden, dass potenziell relevante Studien durch die Suchstrategie nicht identifiziert wurden. Dies trifft insbesondere auf graue Literatur, Qualifikationsarbeiten sowie deutschsprachige, spezialisierte Fachzeitschriften zu, die in den von uns durchsuchten Datenbanken über keinen Index-Eintrag verfügen. Das trifft auch auf Arbeiten zu, die keine Angaben zum Setting der Studie in Titel oder Abstract gemacht haben und somit durch die Suchbegriffe (AND german*) nicht als Treffer angezeigt wurden. Weiterhin mussten einige potenziell relevante Studien, bei denen unklar war, ob es sich um Personen mit Fluchterfahrung handelt bzw. keine Angaben über den Aufenthaltsstatus gemacht wurden, ausgeschlossen werden [68].

Weitere Limitationen entstehen durch den Verzicht auf die Durchführung einer Qualitätsbewertung eingeschlossener Artikel. Aufgrund der hohen Heterogenität der Studien (in Studiendesigns und Outcomes) und der nicht immer gegebenen Anwendbarkeit existierender Instrumente auf die Primärstudien wurde von einer standardisierten Qualitätsbewertung Abstand genommen. Auch wenn es

durchaus möglich ist, im Rahmen von systematischen Reviews nicht randomisierter Studien darauf zu verzichten [69], muss bei der zusammengetragenen Evidenz des Gesundheitszustands bzw. der -versorgung aus den Primärstudien bedacht werden, dass potenzielle Verzerrungen vorliegen können.

Dennoch glauben wir, dass wir mit dieser Übersichtsarbeit ein umfassendes Abbild der bestehenden Forschungslandschaft generiert haben, auf deren Grundlage zukünftige Forschung in diesem Bereich weiterentwickelt werden kann.

Damit die Forschungslandschaft zukünftig von Heterogenität und Lokalität zu vergleichbaren, versorgungsorientierten, regionenübergreifenden und systemischen Erkenntnissen kommt, ist ein stärkeres kollektives Handeln der in diesem Bereich tätigen Forscher sowie Praktiker notwendig.

Korrespondenzadresse

Dr. med. MSc K. Bozorgmehr

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg, Deutschland
kayvan.bozorgmehr@med.uni-heidelberg.de

Danksagung. Die Autorinnen und Autoren danken Markus Qreini und Lars Wiezorreck für die Unterstützung bei der Bestellung von Literatur über Fernleihen bzw. Subito.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Bozorgmehr, A. Mohsenpour, D. Saure, C. Stock, A. Loerbroks, S. Joos und C. Schneider geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

Literatur

- Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 365:1309–1314
- Goosen S, Stronks K, Kunst AE (2014) Frequent relocations between asylum-seeker centres are associated with mental distress in asylum-seeking children: a longitudinal medical record study. *Int J Epidemiol* 43:94–104
- Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S et al (2009) Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 69:246–257
- Yun K, Hebrank K, Graber LK et al (2012) High prevalence of chronic non-communicable conditions among adult refugees: implications for practice and policy. *J Community Health* 37:1110–1118
- Razum O, Bunte A, Gilsdorf A et al (2016) Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen – Taten ohne ausreichende Daten? *Dtsch Arztebl* 2:62–64
- Taz (2014) Totes Flüchtlingsbaby: Die letzte Fahrt des kleinen Joshua. Taz vom 16.04.2014. www.taz.de/Totes-Fluechtlingsbaby/15043525/
- Dahlkamp J, Popp M (2014) Asyl: Bewachtes Sterben – Flüchtlinge werden nur begrenzt medizinisch versorgt. Kostet das Gesetz Menschenleben? *Der Spiegel* Nr. 22 vom 26.5.2014. www.spiegel.de/spiegel/print/d-127194914.html
- Classen G Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum Stellungnahme zur Anhörung am 07.02.2011 im Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages. Hrsg: Flüchtlingsrat Berlin e.V., Förderverein PRO ASYL e.V. http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylbg/Classen_AsylBLG_Verfassung.pdf. Zugegriffen: 12. Dez. 2015
- Bundesärztekammer (2013) Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“. *Dtsch Arztebl* 110:A-899/B-783/C-779
- Schmucker C, Motschall E, Antes G et al (2013) Methods of evidence mapping. A systematic review. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56:1390–1397
- Schneider C, Mohsenpour A, Joos S et al (2014) Health status of and health-care provision to asylum seekers in Germany: protocol for a systematic review and evidence mapping of empirical studies. *Syst Rev* 3:139
- Behrens B, Groß V (2004) Auf dem Weg in ein „normales Leben“? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück. Universität Osnabrück, Osnabrück
- Aumüller J, Bretl C (2008) Die kommunale Integration von Flüchtlingen in Deutschland. In: Sozialforschung BfV (Hrsg) Lokale Gesellschaften und Flüchtlinge: Förderung von sozialer Integration. Berliner Institut für Vergleichende Sozialforschung, Berlin
- von Lersner U, Wiens U, Elbert T et al (2008) Mental health of returnees: refugees in Germany prior to their state-sponsored repatriation. *BMC Int Health Hum Rights* 8(1):8
- Jung F (2011) Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Gesundheitsamt, Bremen
- Dudareva S, Barth A, Paeth K et al (2011) Cases of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in an asylum seekers centre in Germany, November 2010. *Euro Surveill* 16(4):19777
- Takla A, Barth A, Siedler A et al (2012) Measles outbreak in an asylum-seekers' shelter in Germany: comparison of the implemented with a hypothetical containment strategy. *Epidemiol Infect* 140:1589–1598
- OCEBM Levels of Evidence Working Group* (2011) „The Oxford Levels of Evidence 2“. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>. Zugegriffen: 12.04.2016
- Clopper CJ, Pearson ES (1934) The Use of Confidence or Fiducial Limits Illustrated in the Case of the Binomial. *Biometrika* 26:404–413 (http://www.jstor.org/stable/2331986?seq=2331981-page_scan_tab_contents)
- Albers HM (2012) Lebensbedingungen und psychische Gesundheit der Bewohner der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber. In: Medical Faculty, Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg
- Büro für Arbeitsmarktforschung Tahirovic A et al (2014) Traumatisiert. Ausgegrenzt. Unterversorgt. Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Hrsg.: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF e.V.), refugio thüringen e.V., Psychosoziales Zentrum für MigrantInnen Sachsen-Anhalt e.V., Caktus e.V., <http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2014/04/Traumatisiert-Ausgegrenzt-Unterversorgt-Versorgungsbericht-zur-Situation-in-Ostdeutschland.pdf>. Zugegriffen: 12.04.2016
- Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S et al (2012) Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry* 200:216–223
- Brune M, Eiroa-Orosa FJ, Fischer-Ortman J et al (2014) Effectiveness of psychotherapy for traumatized refugees without a secure residency status. *Int J Migr Health Soc Care* 10:52–59
- Burmester F (2014) Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven aus Sicht der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. In: Gesundheitsversorgung Ausländer Best Practice Beispiele aus Hamburg. Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg, Hamburg, S 12
- Butollo W (2012) Abschlussbericht Gutachterstelle zur Erkennung psychischer Störungen bei Asylbewerbern. Ludwig-Maximilians-Universität München, München
- Casal M, Vaquero M, Rinder H et al (2005) A case-control study for multidrug-resistant tuberculosis: Risk factors in four European countries. *Microb Drug Resist* 11:62–67
- Diel R, Helle J, Gottschalk R (2005) Transmission of hepatitis B in Hamburg, Germany, 1998–2002: a prospective, population-based study. *Med Microbiol Immunol* 194:193–199
- Diel R, Rüschoff-Gerdes S, Niemann S (2004) Molecular Epidemiology of Tuberculosis among Immigrants in Hamburg, Germany. *J Clin Microbiol* 42:2952–2960
- Dreweck C, Kerner E, Güllich K et al (2013) Die soziale Dimension der Tuberkulose in der Stadt München. *Gesundheitswesen* 75:689–692
- Gäbel U, Ruf M, Schauer M et al (2006) Prevalence of posttraumatic stress disorder among asylum seekers in Germany and its detection in the application process for asylum. *Z Klin Psychol Psychother* 35:12–20
- Gardemann J, Mashkooi K (1998) Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster. Statistische und epidemiologische Darstellung einiger ausgewählter Gesundheitsindikatoren anlässlich einer Erhebung bei 178 Flüchtlingskindern unter 15 Jahren in allen städtischen Übergangseinrichtungen. *Gesundheitswesen* 60:686–693
- Gauert B (1995) Zum Vorkommen von intestinalen Krankheitserregern bei Asylbewerbern. *Gesundheitswesen* 57:285–290
- Gavranidou M, Niemiec B, Magg B et al (2008) Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindh Entwickl* 17:224–231
- Hensel-Dittmann D, Schauer M et al (2011) Treatment of Traumatized Victims of War and Torture: A Randomized Controlled Comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training. *Psychother Psychosom* 80:345–352
- Kesseler K, Maffei D, Meyer FJ et al (1995) Tuberkulose bei Asylbewerbern. *Gesundheitswesen* 57:670–673
- Koch E, Hartkamp N, Siefen RG et al (2008) Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt* 79:328–339
- Kruse J, Joksimovic L, Cavka M et al (2009) Effects of trauma-focused psychotherapy upon war refugees. *J Trauma Stress* 22:585–592
- Loytved G, Steidle B, Benz E et al (2002) Tuberkulosebekämpfung in Unterfranken 1995 bis 2001. *Pneumologie* 56:349–356
- Moehlen H, Parzer P, Resch F et al (2005) Psychosozialer support for war-traumatized child and adolescent refugees: evaluation of a short-term treatment program. *Aust N Z J Psychiatry* 39:81–87
- Mohammadzadeh Z (1995) Das Bremer Erstuntersuchungsprogramm für Asylsuchende (I). *Gesundheitswesen* 57:457–461
- Niklowski G (2012) Abschlussbericht im Verfahren Az.: Z2/0272.01-1/14 für „Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern – Zirndorf“. Klinikum Nürnberg, Nürnberg
- Otto M, Ahlemeyer C, Tasche H et al (1994) Endemische Quecksilberbelastung durch eine

- Bleichsalbe bei Balkanflüchtigen. Gesundheitswesen 56:686–689
43. Rohleder N, Joksimovic L, Wolf JM et al (2004) Hypocortisolism and increased glucocorticoid sensitivity of pro-inflammatory cytokine production in Bosnian war refugees with posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 55:745–751
 44. Ruf M, Schauer M, Elbert T (2010) Prevalence of traumatic stress and mental health problems in children of asylum-seekers in Germany. *Z Klin Psychol Psychother* 39:151–160
 45. Ruf-Leuschner M, Roth M, Schauer M (2014) Traumatisierte Mütter – traumatisierte Kinder? *Z Klin Psychol Psychother* 43:1–16
 46. Sabes-Figuera R, McCrone P, Bogic M et al (2012) Long-term impact of war on healthcare costs: an eight-country study. *PLoS ONE* 7:e29603
 47. Schmid K, Lederer P, Schaller KH et al (1996) Internal exposure to hazardous substances of persons from various countries of origin – Investigations on exposure to lead, mercury, arsenic and cadmium. *Zentralblatt Hygiene Umweltmedizin* 199:24–37
 48. Schwarz-Langer G, Deighton RR, Jerg-Bretzke L et al (2006) Psychiatric treatment for extremely traumatized civil war refugees from former Yugoslavia. Possibilities and limitations of integrating psychotherapy and medication. *Torture* 16:69–80
 49. Sieberer M, Ziegenbein M, Eckhardt G et al (2010) Psychiatrische Begutachtung im Asylverfahren. *PsychiatrPrax* 38:38–44
 50. von Lersner U, Elbert T, Neuner F (2008) Mental health of refugees following state-sponsored repatriation from Germany. *BMC Psychiatry* 8(88):1–16
 51. von Lersner U, Rieder H, Elbert T (2008) Mental health and attitudes towards returning to the country of origin in refugees from former Yugoslavia. *Z Klin Psychol Psychother* 37:112–121
 52. Welbel M, Matanov A, Moskalewicz J et al (2013) Addiction treatment in deprived urban areas in EU countries: Accessibility of care for people from socially marginalized groups. *Drugs Educ Prev Policy* 20:74–83
 53. Wolf M (1995) Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz – ein Erfahrungsbericht nach dem ersten Jahr. *Gesundheitswesen* 57:229–231
 54. Wolf M (1996) Missing front teeth in exile Tamils – an unresolved phenomenon. *Soc Sci Med* 43:1057–1062
 55. Wolf M, Tschohl P (1996) Zur Epidemiologie einzelner Frontzahnlücken bei Exil-Tamilen. *Gesundheitswesen* 58:547–550
 56. Zepinic V, Bogic M, Priebe S (2012) Refugees' views of the effectiveness of support provided by their host countries. *Eur J Psychotraumatol* 3:8447
 57. Birk A (2001) Unterschiedliche Ergebnisse in der Diagnostik posttraumatischer Störungen bei Flüchtlingen. *Psychotraumatologie* 2:2–2
 58. Bräutigam B, Schnitker A (2002) „There isn't room for anything more“ – The casuistry of a Kurdish adolescent before the family background of political persecution. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 51:559–570
 59. Groß V, Lenz I (2008) „Deutschland ist nicht mehr so zu, ist bisschen auf“ : Ergebnisse der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft „Selbsthilfe, Arbeitsmarktzugang und Gesundheit von Asylsuchenden“ (SAGA) aus Sicht der Evaluation. SAGA, Osnabrück
 60. Herrmann M (1999) Perspektiven der Gesundheitssicherung von Flüchtlingen in Deutschland. *Gesundheitswesen* 61:312–318
 61. Koch SC, der Weidinger-von RB (2009) Traumatized refugees: An integrated dance and verbal therapy approach. *Arts Psychother* 36:289–296
 62. Lamott F (2005) Trauma as a political tool. *Crit Public Health* 15:219–228
 63. Nijhawan M (2005) Deportability, medicine, and the law. *Anthropol Med* 12:271–285
 64. Stellbrink-Kesy B (2003) Traumabehandlung von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen – die Bedeutung der Kunsttherapie. Institut für Weiterbildung und Forschung. Kunsttherapie Berlin, Berlin
 65. Zielke-Nadkarni A, Gremlowski J, Heinemann LR et al (2004) Ethnographic study on the care requirements of Jewish migrants in Germany (German). *Pflege* 17:329–338
 66. Claassen D, Ascoli M, Berhe T et al (2005) Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. *Eur Psychiatry* 20:540–549
 67. Bühring P (2015) Traumatisierte Flüchtlinge: Krieg, Verlust und Gewalt. *Dtsch Arztebl Int* 14:442
 68. Priebe S, Matanov A, Gavrilovic JJ et al (2009) Consequences of Untreated Posttraumatic Stress Disorder Following War in Former Yugoslavia: Morbidity, Subjective Quality of Life, and Care Costs. *Croat Med J* 50:465–475
 69. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.0.1 [updated September 2008]. The Cochrane Collaboration. (S 23) <http://www.handbook.cochrane.org/>. Zugriffen: 12.04.2016
 70. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6:e1000097