

# Psychologische Versorgung einer besonders vulnerablen Flüchtlingsgruppe

Das Versorgungskonzept der ezidischen Frauen und Kinder aus dem Projekt Sonderkontingent Baden-Württemberg in Freiburg

## Psychological Care for a High Risk Group of Refugees

Concept of Care for the Yazidi Women and Children of the Sonderkontingent Baden-Württemberg in Freiburg

### Autoren

Jennifer Hillebrecht, Almut Helmes, Jürgen Bengel

### Institut

Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie,  
Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

### Schlüsselwörter

Flüchtlinge, Hochrisikogruppe, Traumafolgestörung,  
Stepped-Care-Ansatz, Versorgungskonzept

### Key words

refugees, at risk populations, post-traumatic stress disorder,  
stepped-care approach, concept of care

eingereicht 17.05.2017

akzeptiert 10.10.2017

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-122280>

Online-Publikation: 23.1.2018

Psychother Psych Med 2018; 68: 137–141

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0937-2032

### Korrespondenzadresse

Jennifer Hillebrecht, M. Sc.

Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie

Institut für Psychologie

Universität Freiburg

Engelbergerstraße 41

79085 Freiburg

[jennifer.hillebrecht@psychologie.uni-freiburg.de](mailto:jennifer.hillebrecht@psychologie.uni-freiburg.de)

### ZUSAMMENFASSUNG

Nach dem Shingal-Genozid im August 2014 im Nordirak wurde das humanitäre Aufnahmeprogramm Sonderkontingent Baden-Württemberg „Schutzbedürftiger Frauen und Kinder aus dem Nordirak“ beschlossen und 1100 Personen, überwiegend Eziden, in verschiedenen Kommunen in Deutschland untergebracht. Die Zielgruppe ist eine besonders vulnerable Personengruppe mit einem hohen Risiko für die Entwicklung von Traumafolgestörungen. Wir stellen das Versorgungskonzept für 205 ezidische Frauen und Kinder in Freiburg vor. Es wurde ein Stepped-Care-Ansatz für die psychologische Versorgung entwickelt, um die Betroffenen in den Alltag und in die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu integrieren. Im Zentrum stehen die bedarfsabhängig aufsuchende psychologisch-psychotherapeutische Versorgung und die inter- und multidisziplinäre Kooperation der beteiligten Dienste.

### ABSTRACT

After the genocide of Shingal in August 2014 in Northern Iraq, the humanitarian admissions program Sonderkontingent Baden-Württemberg „Schutzbedürftiger Frauen und Kinder aus dem Nordirak“ was implemented. 1100 persons, most of them Yazidis, were hosted by different municipalities in Germany. The target group is a particularly vulnerable group of persons with a high risk for developing post-traumatic stress disorder. We present the concept of care in Freiburg for 205 Yazidi women and children in Freiburg. A stepped-care approach was developed for the psychological care to introduce the Yazidi people to the daily life and to the health care system in Germany. An outreach of psychological services and an interdisciplinary and multidisciplinary cooperation of all services involved were crucial.

## Das Projekt Sonderkontingent Baden-Württemberg

Die Eziden als Gruppe der Kurden bilden mit 800000 bis 1000000 Mitgliedern eine religiöse Minderheit, die im Nordirak (Hauptsiedlungsgebiet), dem Westiran, dem Südosten der Türkei und im Nordosten Syriens leben. Mit ca. 100000 Mitgliedern lebt die größte Diasporagemeinde in Deutschland [1, 2]. Im August 2014 fiel der sog. Islamische Staat (IS) in die Region Shingal ein und begann eine systematische Verfolgung der Eziden (Shingal-Genozid) mit dem Ziel das Volk der Eziden auszulöschen [1]. Ca. 50000 Eziden konnten in die Berge Shingals fliehen, viele überlebten die Flucht jedoch nicht [3]. Viele Männer und Jungen ab 12 Jahren wurden hingerichtet, Frauen und Mädchen in Gefangenschaft genommen, sexuell missbraucht, versklavt und mehrfach verkauft. Die Vereinten Nationen [3] gehen von bis zu 5000 hingerichteten Eziden und rund 7000 verschleppten Frauen und Mädchen aus [4].

Der Zentralrat der Yeziden in Deutschland machte auf die Situation aufmerksam. Das Staatsministerium Baden-Württemberg (StaMi) rief im März 2015 das humanitäre Aufnahmeprogramm Sonderkontingent Baden-Württemberg „Schutzbedürftiger Frauen und Kinder aus dem Nordirak“ (SK BaWü) ins Leben. Über die üblichen Aufnahmeverpflichtungen hinaus sollten bis zu 1000 im Nordirak und Syrien lebende betroffene Frauen und Kinder aufgenommen werden [5]. Übergeordnetes Ziel des Projektes war es, den Frauen und Kindern eine Chance auf Sicherheit, Bildung und neue Lebensperspektiven zu geben [6].

### Herausforderung für die Kommunen

Das Amt für Migration und Integration der Stadt Freiburg (AMI) fungierte für das StaMi als kommunaler Kooperationspartner und erhielt je aufgenommener Person eine erhöhte „pro Kopf Pauschale“. Es erfolgte eine Unterbringung in gesonderten Gemeinschaftsunterkünften, sie erhielten soziale Leistungen, Unterstützung durch Dolmetscher, medizinische Versorgung, Zugang zu einer psychotherapeutischen Versorgung, Sprachkurse, Anspruch auf Krippen-, Kindergarten- oder Schulplatz für die Kinder [5, 7]. Mit wenig Vorlaufzeit wurde durch die Kommunen ein eigenes Versorgungssystem aufgebaut, sodass sich unterschiedliche Strukturen ergeben haben. Die Stadt Freiburg übernahm in Kooperation mit der Caritas Freiburg die Sozialbetreuung (erhöhter Betreuungsschlüssel von 1:20).

Das psychologische Versorgungskonzept wurde von jeder Kommune individuell entwickelt. In Freiburg wurde für die psychologische und psychiatrische Betreuung eine Kooperation mit der Universität Freiburg (Abt. für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie) zusammen mit der Universitätsklinik Freiburg (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter) aufgebaut. In Rücksprache mit dem AMI wurde ein psychologisches Versorgungskonzept entwickelt und im Projektverlauf adaptiert.

### Aufgenommene im Sonderkontingent

Im Nordirak wurden 1100 Personen, überwiegend Eziden, von Jan Kizilhan, Ezide und Psychotherapeut, für das SK BaWü ausgewählt. Neben dem Hauptaufnahmekriterium der besonderen Behandlungsbedürftigkeit gab es u. a. folgende Auswahlkriterien: Opfer

► Tab. 1. Altersverteilung der Gesamtgruppe.

	Gesamtgruppe		Männlich		Weiblich	
	N	%	N	%	N	%
<b>Kinder und Jugendliche</b>	<b>124</b>	<b>65,0%</b>	<b>68</b>	<b>34,5%</b>	<b>56</b>	<b>28,4%</b>
0–5 Jahre	52	26,4%	33	16,8%	19	9,6%
6–11 Jahre	32	16,2%	17	8,6%	15	7,6%
12–17 Jahre	40	20,3%	18	9,1%	22	11,2%
<b>Erwachsene</b>	<b>73</b>	<b>35,0%</b>	<b>1<sup>1)</sup></b>	<b>0,5%</b>	<b>72</b>	<b>36,5%</b>
18–25 Jahre	30	15,2%	1	0,5%	29	14,7%
26–33 Jahre	19	9,6%			19	9,6%
34–41 Jahre	11	5,6%			11	5,6%
42–49 Jahre	10	5,1%			10	5,0%
50–66 Jahre	3	1,5%			3	1,5%

<sup>1)</sup> war bei Aufnahme erst 17 Jahre und somit als Kind ins Kontingent aufgenommen.

traumatisierender Erfahrungen oder minderjährige bzw. weibliche Angehörige der Opfer, Aufenthalt in der kurdisch besetzten Region des Nordiraks, bestehende Reisefähigkeit, Fähigkeit zur Integration [8]. Es wurde davon ausgegangen, dass die Betroffenen eine Flucht ins Ausland nicht geschafft und kaum eine Überlebenschance gehabt hätten [6]. Die aufgenommenen Frauen und Kinder wurden von der Internationalen Organisation für Migration (IOM, Iraq Mission) vorbereitet, medizinisch untersucht und nach Lalish, der wichtigsten heiligen Stätte der Eziden, begleitet. Dort erfolgte vor Ausreise eine Segnung von ihrem religiösen Oberhaupt, Baba Sheikh, mit der Zusicherung, dass ihre Ehre durch die Erlebnisse nicht beschädigt worden sei [6].

Die Aufnahme und Unterbringung der 1100 Personen (37,5% Frauen, 63,5% Kinder) erfolgte zwischen März 2015 und Januar 2016 in 21 Kommunen Baden-Württembergs [9], 2 Kommunen in Schleswig-Holstein und 6 Landkreisen in Niedersachsen. In Freiburg wurden 197 ezidische Personen zwischen Mai 2015 und Januar 2016 aufgenommen (s. ► Tab. 1): 73 Erwachsene (M = 30,4 Jahre, SD = 10,6 Jahre) und 124 Kinder (M = 7,9 Jahre, SD = 5,2 Jahre). Vor der Ausreise wurde für die Erwachsenen dokumentiert, dass 39,7% (n = 29) ledig waren, 43,8% (n = 32) verheiratet, 15,1% (n = 11) verwitwet und eine Frau geschieden. 52,1% (n = 38) der Erwachsenen hatten die Schule besucht, sowie 38,7% (n = 48) der Kinder. 58,9% (n = 43) der Frauen hatten Kinder, von diesen Müttern konnten 67,4% (n = 29) mit allen Kindern nach Deutschland kommen. Im Durchschnitt hatten die Erwachsenen 10 Geschwister (SD = 7,0, Range = 2–29), die Kinder haben im Mittel 4 Geschwister (SD = 2,6, Range = 0–10).

Nach dem Aufnahmezeitraum wurden weitere 8 Personen nachgeholt, 6 Personen (3 Frauen, 3 Kinder) sind in den Irak zurückgekehrt. Nach Freiburg kamen nur ezidische Personen.

### Psychoziale Belastung der Gesamtgruppe

Flüchtlinge bilden weltweit eine der Hochrisikogruppen für die Entwicklung einer Traumafolgestörung [10], v. a. einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder Depression. Die Prävalenz-

zahlen für die Gruppe der Flüchtlinge variieren stark, im Durchschnitt liegen sie bei ca. 30% [11, 12].

Es gibt verschiedene Risikofaktoren für die Entwicklung einer Traumafolgestörung, u. a.: einer Konfliktsituation längerfristig ausgesetzt zu sein, mehrere potenziell traumatisierende Ereignisse zu erleben sowie anhaltende Konflikte im Herkunftsland. Folter wird als der stärkste Risikofaktor eingestuft [12]. Alle Risikofaktoren treffen auf die Aufgenommenen zu, sie haben Folter erlebt, viele ihrer Familienmitglieder sind noch vermisst bzw. in Gefangenschaft. Es ist davon auszugehen, dass alle in Freiburg aufgenommenen Personen Angehörige durch den Genozid verloren haben.

Einige wenige Studien untersuchten bisher spezifisch die Prävalenzzahlen für ezidische Stichproben. Nach einer Bombenexplosion durch Terrororganisationen 2012 im Nordirak wurde bei 41,2% der Stichprobe eine PTBS dokumentiert [13]. Nach dem Shingal-Genozid erfüllten 42,9% der untersuchten ezidischen Flüchtlinge in der Türkei die Kriterien einer PTBS, 39,5% einer Depression und 26,4% beider Diagnosen [14]. Bei geflüchteten ezidischen Kindern und Jugendlichen kurz nach der Ankunft in der Türkei im September 2014 wurde bei allen mind. eine (50%) oder mehr als eine (50%) psychische Störung festgestellt: Durchschlafstörungen (71,0%), Depression (36,8%), Konversionsstörungen (28,9%), Anpassungsstörungen (21,8%), akute Belastungsstörung (18,4%), PTBS (10,5%) [15]. 9 Monate nach Ankunft im Flüchtlingslager wurden bei einer ähnlichen Stichprobe bereits höhere Raten dokumentiert: PTBS (36,4%), Depression (32,7%), Angststörungen (7,3%) [16].

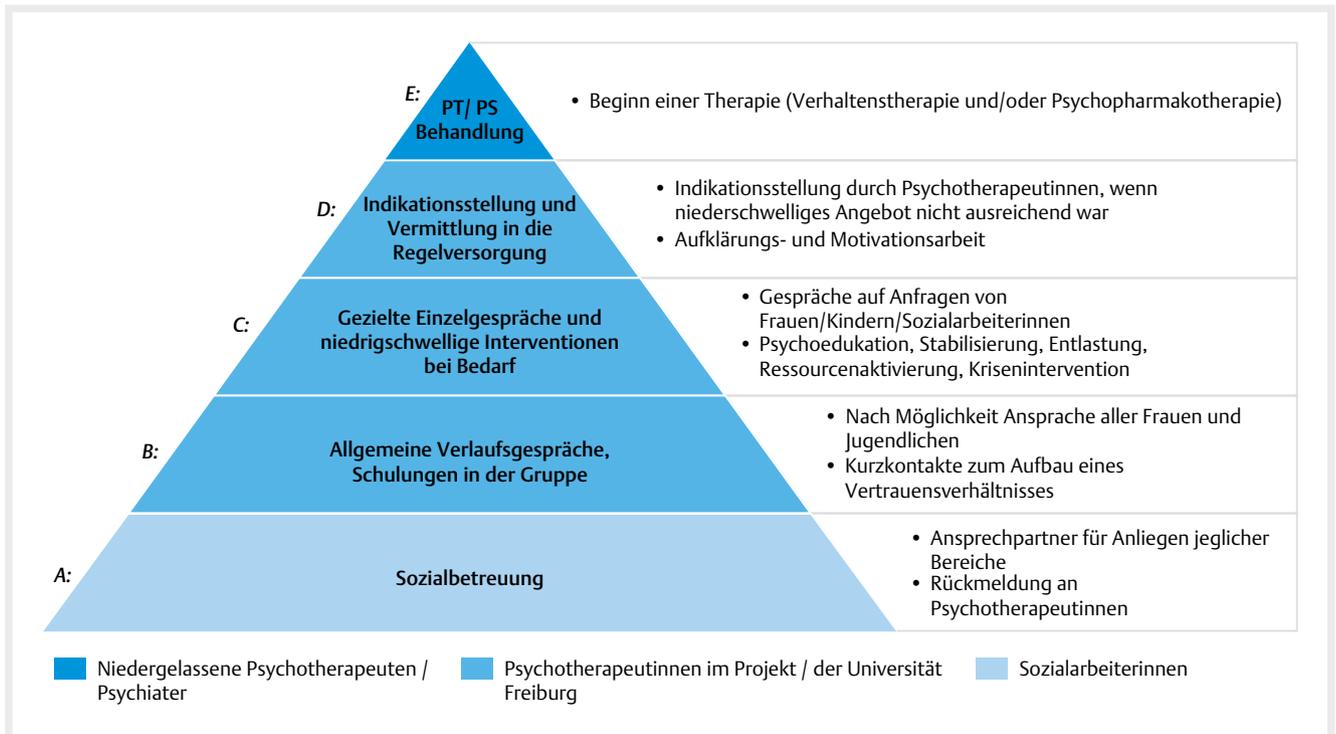
Bei den Auswahlgesprächen im Irak wurden Fallakten erstellt auf Grundlage klinischer Interviews (u. a. Anamnese, traumatisches Ereignis) sowie anhand standardisierter Messinstrumente (Essener Trauma Inventar [17]; Impact of Event Skala [18]; Becks Depressi-

ons Inventar II [19]; ICD-10-Symptom-Rating [20]). Die klinischen Interviews wurden von Jan Kizilhan als Psychotherapeut und Muttersprachler in Kurmanci durchgeführt und auf Deutsch dokumentiert. Am häufigsten dokumentiert wurden PTBS (78,1% der Erwachsenen; 11,3% der Kinder) und Depression (63,0% der Erwachsenen; 4,0% der Kinder). 2,7% der Erwachsenen wurden mit einer Anpassungsstörung diagnostiziert.

Entsprechend dem besonderen Versorgungsbedarf dieser Hochrisikogruppe wurde eine engmaschige psychologische Versorgung v. a. in den ersten Monaten nach Ankunft geplant. Die im Irak erhobene Symptomatik zeigte sich nach Ankunft häufig zunächst nicht oder weniger ausgeprägt, bei vielen Personen konnte das Auftreten der Symptomatik in Form von PTBS, Depression oder Angststörungen jedoch verzögert beobachtet werden (delayed onset), es erfolgte keine weitere Erhebung. Der beschriebene Verlauf entspricht den angenommenen Phasen im Migrationsprozess (z. B. [21]): Nach der Migration folgt eine Phase der Überkompensation einhergehend mit einer anfänglichen Stabilisierung. Eine Phase der Dekompensation (z. B. Trauer, Traumaverarbeitung) beginnt oft, wenn sich ein Alltag etabliert hat und das Sicherheitsgefühl zunimmt. Dieser verzögerte Verlauf war vielfach zu beobachten, obwohl auch ein Teil der Personen schon seit Ankunft eine starke Symptomatik zeigte.

## Psychologische Betreuung in Freiburg

Für Freiburg wurde ein Stepped-Care-Ansatz entwickelt (► **Abb. 1**). Die Versorgung verläuft von allgemeinen niedrigschwelligen Maßnahmen hin zu spezifischen Maßnahmen [22]. Mit dem Ziel einer Unter- wie auch einer Überversorgung entgegenzuwirken [23].



► **Abb. 1** Stepped-Care-Ansatz, PT = psychotherapeutische Behandlung, PS = psychiatrische Behandlung.

In den Unterkünften unterstützen die Sozialarbeiterinnen (A) die Frauen und Kinder mit jeglichen Anliegen wie z. B. Fragen bzgl. Schule oder Erziehung, sind Ansprechpartnerinnen für medizinische und psychologische Anliegen. In enger Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiterinnen werden von der Universität Freiburg Psychotherapeutinnen (PT) eingesetzt, die mit psychologischen Sprechstunden im Durchschnitt etwa alle 2 Wochen vor Ort anwesend sind. Die Sozialarbeiterinnen bilden die Brücke zu den PT und geben ihnen Rückmeldungen zu aktuellen Anliegen.

Über Verlaufsgespräche, Kurzkontakte und Schulungen in der Gruppe (B) wird von den PT Kontakt zu möglichst allen Frauen und Jugendlichen aufgenommen. Dadurch kann ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden und eine anfängliche Hemmschwelle gegenüber der Inanspruchnahme von Gesprächen mit PT langsam abgebaut werden. Diese Gespräche sind von einer psychotherapeutischen Behandlung abgegrenzt.

Als nächster Schritt werden gezielte Einzelgespräche (C) auf Anfrage der Frauen und Kinder oder der Sozialarbeiterinnen initiiert. Ziel der Gespräche ist u. a. Psychoedukation zu Symptomatik und psychischen Erkrankungen und Behandlungsoptionen, Stabilisierung, Entlastung, Ressourcenaktivierung oder Kriseninterventionen. Der Fokus liegt auf der Informations- und Beratungsfunktion, Ziel ist die Vorbereitung für ggf. notwendige psychotherapeutische Maßnahmen bzw. bei Bedarf niederschwellige Interventionen.

Wenn im Einzelfall durch die PT eine Indikation für eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung gestellt wird, weil ein niederschwelliges Angebot nicht ausreichend ist, erfolgen Gespräche mit dem Ziel der Aufklärungs- und Motivationsarbeit (D). Bei entsprechender Behandlungsbereitschaft werden psychiatrische Abklärungsgespräche und ggf. Erstkontakte mit Psychotherapeuten für eine dolmetschergestützte Psychotherapie initiiert (E). Hierfür gibt es Kooperationen mit der psychiatrischen Universitätsklinik sowie einen Psychotherapeutenpool. Eine Schulung für die therapeutischen Inhalte, den kulturellen Hintergrund und die Arbeit mit Dolmetschern wurde angeboten, um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Zielgruppe sicherzustellen. Alle Berufsgruppen profitieren bei organisatorischen oder inhaltlichen Fragen von bestehenden Strukturen mit klaren Ansprechpartnern.

## Bewertung des Projektverlaufs

Zu Projektbeginn waren Themen des Alltags im Vordergrund (z. B. Orientierung, Deutsch lernen, Arzttermine), wofür v. a. die Sozialbetreuung zuständig war. Darauf konnte die psychologische Betreuung aufgebaut werden. Es konnte vielfach eine erste Symptomverbesserung ohne spezifische Interventionen beobachtet werden. Mit zunehmendem Vertrauen und eigenen nicht erfolgreichen Bewältigungsstrategien stieg neben dem beobachtbaren Versorgungsbedarf auch die Bereitschaft der Personen, Unterstützung aus dem Versorgungssystem in Anspruch zu nehmen. Den Frauen und Kinder mangelte es an dem notwendigen Wissen über das deutsche Gesundheitssystem und es bestanden Vorurteile gegenüber Psychotherapie und Medikamenten. Durch Interventionen vor Ort konnte vorsichtig der Zugang zu therapeutischen Maßnahmen geschaffen werden. Die Akzeptanz und Inanspruchnahme der psychologischen Unterstützungsangebote nahm laufend zu. Ca. 2 Jahre nach Projektbeginn befinden sich 16,4% der Erwachsenen

(n = 12) und 4,0% der Kinder (n = 5) in ambulanter Psychotherapie, 5,5% der Erwachsenen (n = 4) haben bereits eine Therapie abgeschlossen. Mit dem Stepped-Care Ansatz konnte flexibel und adäquat auf Bedarfe reagiert werden. Die Betroffenen werden mit zunehmenden Deutschkenntnissen und Heranführung an unser Gesundheitssystem immer selbstständiger, die besondere Belastungssituation der Gruppe der Eziden besteht weiterhin. Inanspruchnahme und Vertrauen hinsichtlich Angeboten aus der Regelversorgung wie z. B. Psychotherapie oder Psychopharmaka, nehmen weiter zu. Eine systematische Projektevaluation wäre wünschenswert.

## FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Das SK BaWü hat durch erhöhte finanzielle und personelle Mittel eine besondere Versorgungssituation. Als Schlüsselement hat sich die aufsuchende psychologische Arbeit in den Unterkünften erwiesen. Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtern die Arbeit langfristig. Das Versorgungssystem, die Unterstützungsangebote und die Konzepte psychischer Belastungen müssen der Zielgruppe adäquat nahegebracht und adaptiert werden, wofür sich der Stepped-Care-Ansatz besonders eignet. Ein Psychotherapeutenpool kann die Versorgung gewährleisten. Eine zentrale Koordination sowie klare Ansprechpartner sind für effektives Arbeiten aller Berufsgruppen hilfreich und vermitteln der Zielgruppe Sicherheit.

## Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Kizilhan İ. Handbuch zur Behandlung kriegstraumatisierter Frauen: Transkulturelle Behandlungsmethoden und Techniken am Beispiel der Frauen aus dem Irak. VWB-Verlag; Berlin: 2016
- [2] Tagay Ş, Ortaç S. Die Eziden und das Ezidentum: Geschichte und Gegenwart einer vom Untergang bedrohten Religion. Landeszentrale für politische Bildung; Hamburg: 2016
- [3] United Nations. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on the human rights situation in Iraq in the light of abuses committed by the so-called Islamic State in Iraq and the Levant and associated groups 2015; <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/>
- [4] Hopkins S. Full horror of the Yazidis who didn't escape Mount Sinjar: UN confirms 5,000 men were executed and 7,000 women are now kept as sex slaves. Daily Mail 2014
- [5] Kunze A. Projektbeschreibung - Projekt Sonderkontingent schutzbedürftige Frauen und Kinder im Nordirak. Stuttgart 2015
- [6] IOM. Aufkommende Hoffnung: Das deutsche humanitäre Aufnahmeprogramm 2015-2016 2016
- [7] Staatsministerium Baden-Württemberg. Informationsbroschüre zum Projekt Sonderkontingent für besonders schutzbedürftige Frauen und Kinder aus dem Nordirak. Stuttgart 2015

- [8] Landtag von Baden- Württemberg. Durchführung der Irak-Mission des Staatsministeriums.: Drucksache 15/6939. Antrag und Stellungnahme; 2015 [http://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/6000/15\\_6939\\_D.pdf](http://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/6000/15_6939_D.pdf) (22.02.2017)
- [9] Zipfel S, Nikendei C, Junne F. Fördern, Fordern und Überfordern? *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66: 263–265
- [10] Nickerson A, Bryant RA, Silove D et al. A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 399–417
- [11] Alpak G, Unal A, Bulbul F et al. Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2015; 19: 45–50
- [12] Steel Z, Chey T, Silove D et al. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009; 302: 537–549
- [13] Kizilhan JI, Othman M. Terror und Trauma: Zu den psychischen Auswirkungen von Bombenexplosionen durch Terrororganisationen im Nordirak. *Trauma und Gewalt* 2012; 6: 62–71
- [14] Tekin A, Karadağ H, Süleymanoğlu M et al. Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidis displaced into Turkey. *Eur J Psychotraumatol* 2016; 7: 28556
- [15] Ceri V, Özlü-Erkilic Z, Özer Ü et al. Psychiatrische Symptome und Störungen bei jesidischen Kindern und Jugendlichen unmittelbar nach erzwungener Migration infolge von IS-Angriffen. *Neuropsychiatrie Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater* 2016; 30: 145–150
- [16] Nasiroğlu S, Çeri V. Posttraumatic stress and depression in Yazidi refugees. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 2941–2948
- [17] Tagay Ş, Stoelk B, Möllering A et al. Essener Trauma-Inventar ETI. LVR-Klinikum Essen; Universität Duisburg - Essen: 2004
- [18] Maercker A, Schützwohl M. Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala - revidierte Version. *Diagnostica* 1998; 44: 130–141
- [19] Hautzinger M, Keller F, Kühner C. Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Harcourt Test Services; Frankfurt: 2006
- [20] IQP. ICD-10-Symptom Rating (ISR): (Pilotversion 2.0). Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik; München: 2006
- [21] Sluzki. Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann T, Salman R, Colijn S, (Hrsg.). *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag; Bonn: 2010: 108–123
- [22] Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 11–17
- [23] Becker-Nehring K. Erstversorgung nach traumatischen Ereignissen: Screening und psychologische Frühinterventionen. Unveröffentlichte Dissertation; Freiburg: 2014