

Qualitätsbericht

des Ausbildungszentrums für Verhaltenstherapie
September 2019

Bernheim, D., Nestler, J., Sukale, T., Steiner, M., Sachser, C., de Haan, A., & Fegert, J.M. (2019)



Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	4
2. Das Ausbildungszentrum für Verhaltenstherapie: Praxis, Theorie und Forschung „unter einem Dach“	6
2.1. Ausbildungsorganisation	6
2.1.1. Aufgaben und Leitbild des AZVT	6
2.1.2. Organisationsstruktur, Kooperation und Kommunikation	7
2.2. Die Ausbildungsambulanz.....	9
2.2.1. Die Traumaambulanz.....	10
3. Die Ausbildung in Zahlen	13
3.1. Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer.....	13
3.2. Praktische und theoretische Ausbildung – Kooperationen.....	16
3.3. Ausbildungsdauer	16
3.4. Abschlussergebnisse	17
4. Qualitätssicherung im AZVT	18
5. Beschreibung Gesamtpopulation	19
5.1. Demographische Daten	19
5.1.1. Geschlecht und Alter	19
5.1.2. Migrationshintergrund	19
5.1.3. Sorgerecht	19
5.1.4. Anmeldung und Begleitung.....	19
5.1.5. Wohnsituation.....	21
5.1.6. Wohnortverteilung nach Postleitzahlen	21
5.2. Allgemeines und traumaspezifisches Diagnose- und Belastungsspektrum.....	22
5.3. Psychosoziales Funktionsniveau nach ICD-10	24
5.4. Intelligenzniveau.....	25

6. Prozessqualität	25
6.1. Art der Leistungen	25
6.2. Anzahl psychotherapeutischer Leistungen und Supervision	26
6.3. Unterbrechung und Abbruch der Therapie.....	26
7. Ergebnisqualität.....	27
7.1. Therapiezufriedenheit.....	27
7.2. Verlaufsmessung.....	27
7.2.1. Verlaufsdagnostik mit Screeninginstrumenten zur Erfassung der Symptombelastung	28
7.2.2. Verlaufsdagnostik mit Screeningsintrumenten zur Erfassung von Verhaltens- und emotionalen Problemen.....	29
7.2.3. Störungsspezifische Verlaufsdagnostik zur Erfassung der Symptombelastung	31
7.3. Diskussion	33
8. Aktueller Stand zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Stand 01.09.19).....	35
9. Zusammenfassung der Evaluation	38
10. Schlussfolgerung und Ausblick.....	39
11. Anhang	41
11.1. Wissenschaftliche Veröffentlichungen im Rahmen der Sektion Psycho- Therapieforschung mit Ausbildungszentrum für Verhaltenstherapie (AVZT)	41
12. Literatur	59

1. Vorwort

Seit 1998 sieht der Gesetzgeber bis zur Erteilung der Approbation in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in einem bestimmten Richtlinienverfahren 4200 Ausbildungsstunden in Theorie und Praxis vor. Im Ausbildungszentrum für Verhaltenstherapie (AZVT) Ulm wurde diese Vorgabe seit 2009 nach Gründung durch Herrn Prof. Dr. Jörg M. Fegert und Prof. Dr. Lutz Goldbeck unter enger Vernetzung zwischen Wissenschaft, Forschung und Praxis im Rahmen der Angliederung an die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie/Psychotherapie umgesetzt und leistet damit einen substantziellen Beitrag an der Ausbildung künftiger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Unter Berücksichtigung demografischer Variablen und der steigenden psychotherapeutischen Bedarfslage bei Kindern und Jugendlichen ist dies eine Aufgabe von hoher gesellschaftlicher Relevanz.

Mit einem Team von aktuell 32 Therapeutinnen und Therapeuten übernimmt das AZVT neben seinem Ausbildungsauftrag einen substantziellen Anteil an der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-21 Jahren im Versorgungsgebiet Ulm und Umgebung. Für die Qualität der Ausbildung spricht die sehr gute Bewertung der unterschiedlichen Ausbildungsbausteine durch die Aus- und Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie die hohe Zufriedenheit der im Rahmen der Ausbildungsambulanz behandelten Patientinnen und Patienten mit guten Behandlungserfolgen, insbesondere auch im Bereich der Behandlung von Traumafolgestörungen. Die wissenschaftliche Vernetzung und Evidenzbasierung der Ausbildung am AZVT spiegelt sich in der hohen Anzahl wissenschaftlicher Publikationen in den Bereichen Traumafolgestörungen, Kinderschutz und Verhaltensmedizin wider, die im Zeitraum von 2009 bis 2019 in enger Vernetzung zwischen dem AZVT, der Sektion Psychotherapieforschung und weiterer Sektionen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie/ Psychotherapie entstanden sind (siehe Anhang).

Im Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (2009) spiegelte sich wider, dass die Ausbildung zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten in Deutschland eine hohe Qualität aufweist. Es zeigte sich jedoch auch, dass Umfang und Zeitrahmen der zu absolvierenden Ausbildung bis zur Erteilung der Approbation sowie die finanzielle Vergütung von praktischen Ausbildungsleistungen eine deutliche Differenz zur ärztlichen psychotherapeutischen Weiterbildung aufwies, welche sich in der negativen Bewertung durch die Auszubildenden deutlich widerspiegelte. Eine breite politische Debatte mündete in der Formulierung einer Reform des Psychotherapeutengesetzes, welche eine umfangreiche Neuorganisation der bisherigen Ausbildung mit Erteilung der Approbation nach Abschluss eines Masterstudiums der „Psychotherapie“ vorsieht. Der aktuelle Referentenentwurf trägt der ursprünglichen Kritik am bisherigen Ausbildungsmodell Rechnung, lässt jedoch Fragen der Finanzierung und anschließenden Weiterbildung zum „Fachpsychotherapeuten für Erwachsenenpsychotherapie“ beziehungsweise „Fachpsychotherapeuten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ offen. Auch inhaltliche Debatten um eine ausreichende Integration von Themen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Aus- und Weiterbildung sowie um Deutungshoheiten für die künftige Aus- und Weiterbildung spiegeln wider, dass es bis zur Ausformulierung eines tragfähigen Konzeptes für die zukünftige Psychotherapieausbildung einer ausreichenden Übergangsfrist bedarf.

Der Gesetzgeber sieht aktuell eine zwölfjährige Übergangsfrist sowie einen Bestandsschutz für bestehende Ausbildungsambulanzen und eine Integration bestehender Ausbildungsinstitute insbesondere in den Weiterbildungsanteil zur Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeuten vor, welcher wie bisher theoretische und praktische Ausbildungsanteile sowie Supervision und Selbsterfahrungsanteile vorsieht.

Die Kritik am bisherigen Ausbildungsmodell ist vor allem formaler Natur, berührt jedoch nicht die hohe Qualität der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, was sich in der Evaluation der Ausbildung am AZVT deutlich zeigt.

Eine strukturelle und inhaltliche Integration bestehender Kompetenzen universitärer Ausbildungsinstitute wie dem AZVT, welches einen hohen Grad an Differenzierung in der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Ausbildung, Versorgung und (wissenschaftlichen) Vernetzung an der Schnittstelle zwischen Medizin, Psychologie und Pädagogik aufweist, in zukünftige Aus- und Weiterbildungskonzepte ist daher entsprechend der Evaluation des vorliegenden Qualitätsberichtes und auch aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer unerlässlich.

2. Das Ausbildungszentrum für Verhaltenstherapie: Praxis, Theorie und Forschung „unter einem Dach“

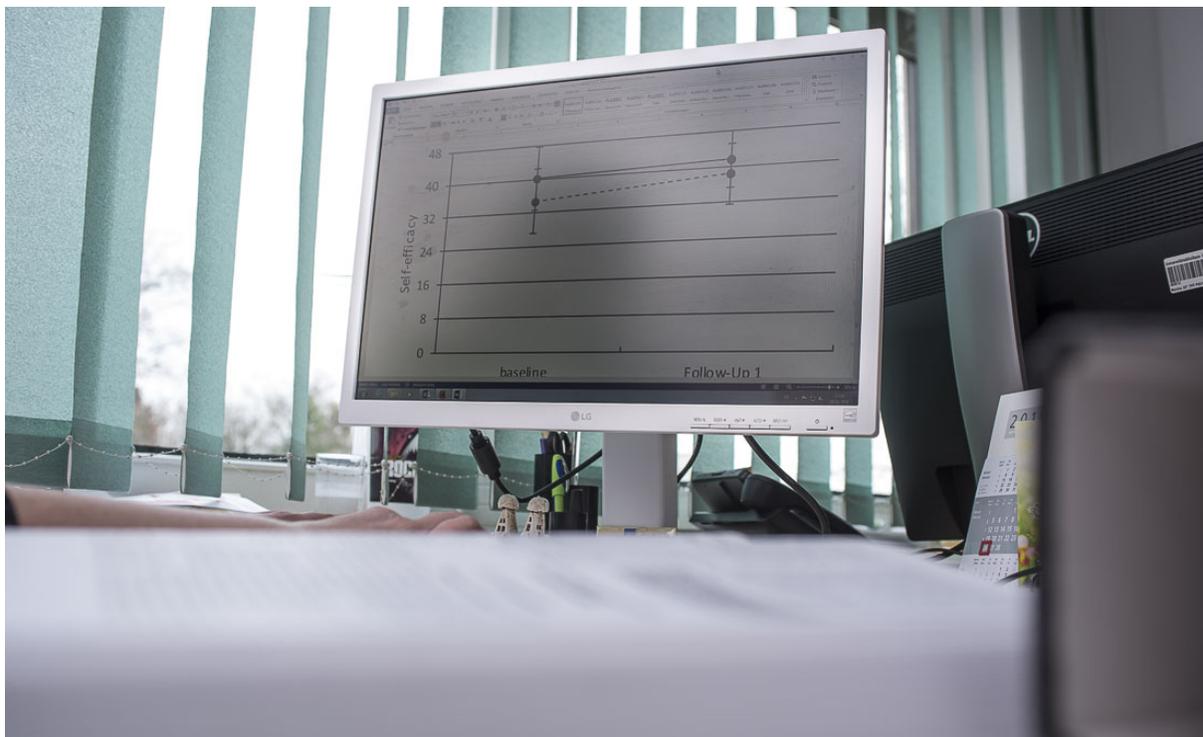
2.1. Ausbildungsorganisation

2.1.1. Aufgaben und Leitbild des AZVT

Das AZVT führt als staatlich anerkannte Ausbildungsstätte die Ausbildung zukünftiger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit Fachkunde in Verhaltenstherapie entsprechend der Approbations- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJPsychTh-APrV) durch und bietet darüber hinaus ärztlichen Kolleginnen und Kollegen die Gelegenheit, psychotherapeutische Weiterbildungsanteile im Rahmen der Facharztweiterbildung „Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie“ zu absolvieren.

Darüber hinaus können approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (VT) beziehungsweise Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung die Ergänzungsqualifikation Kinder- und Jugendpsychotherapie zur Abrechnungserweiterung am AZVT absolvieren.

Das AZVT hat es sich als Teil des Universitätsklinikums Ulm zum Ziel gesetzt, eine evidenzbasierte Psychotherapieausbildung an der Schnittstelle zwischen Forschung, Theorie und Praxis zu gewährleisten. Diesbezüglich erhalten ausschließlich Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer mit einem Masterabschluss in den Fächern Psychologie, Pädagogik oder angrenzenden Fachgebieten Zugang zur Ausbildung, um eine Weiterqualifikation auf einem wissenschaftlich hohen Niveau zu gewährleisten.



Die Vernetzung mit der Sektion Psychotherapieforschung und weiteren Arbeitsgruppen (AG) der Klinik wie der AG Trauma (Prof. Dr. Jörg M. Fegert), der AG Kinderschutz (Jun.-Prof. Dr. Miriam Rassenhofer), der AG Versorgungsforschung (Prof. Dr. Jörg M. Fegert und PD Dr. Isabel Böge), der AG E-Learning (Prof. Dr. Jörg M. Fegert und Dr. Ulrike Hoffmann) und der Sektion Bindungsforschung (Prof. Dr. Ute Ziegenhain) ermöglicht dem AZVT den Einbezug neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse in praktische und theoretische Ausbildungsbausteine und das Angebot wissenschaftlich evidenzbasierte Zusatzcurricula in den genannten Bereichen anbieten zu können.

Des Weiteren ist es möglich, wissenschaftliche Projekte im Bereich der Versorgungs- oder Psychotherapieforschung unter Einbezug der Therapeutinnen und Therapeuten sowie der Patientinnen und Patienten der AZVT-Ambulanz zu realisieren und wissenschaftliche Erkenntnisse wiederum direkt in die Ausbildung zu integrieren.

In diesem Zusammenhang konnten in den letzten Jahren große Forschungsprojekte in den Bereichen Trauma und Kinderschutz mit einer großen Anzahl an hochkarätigen Publikationen, Buchbeiträgen und Psychotherapiemanualen realisiert werden (vgl. Anhang).

2.1.2. Organisationsstruktur, Kooperation und Kommunikation

Verantwortlich für die Konzeptualisierung und Durchführung der Aus- und Weiterbildung im AZVT sowie für die Vertretung struktureller und wirtschaftlicher Angelegenheiten des Ausbildungszentrums innerhalb und außerhalb des Universitätsklinikums Ulm ist im Auftrag des Vorstandes des Universitätsklinikums Ulm der Leiter des Ausbildungsinstitutes Prof. Dr. Jörg M. Fegert, welcher die Institutsleitung nach Ableben von Herrn Prof. Dr. Lutz Goldbeck im Oktober 2017 übernahm.



Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie

Leitung des AZVT

Dem Leitungsteam des AZVT gehören in der Geschäfts- und Ambulanzleitung Frau Dr. Dorothee Bernheim (Psychologische Psychotherapeutin / KJP) und in der Geschäftsleitung Frau Dr. Judith Nestler (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin) an.

Dr. Dorothee Bernheim
Psychologische Psychotherapeutin (VT) / KJP

Ambulanz- und Geschäftsleitung des AZVT



Dr. Judith Nestler
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT)

Geschäftsleitung des AZVT

Aufgaben der Geschäftsleitung betreffen alle konzeptionellen und inhaltlichen Fragen der Aus- und Weiterbildung am AZVT, insbesondere die Finanz- und Lehrplanung, die Durchführung der Zwischen- und Abschlussprüfungen, das Führen von Ausbildungs- und Bewerbungsgesprächen, die Pflege des Kontaktes zu Kooperationseinrichtungen, Dozentinnen und Dozenten, Supervisorinnen und Supervisoren und Selbsterfahrungsleiterinnen und -leitern, die Außendarstellung des Institutes sowie die Begleitung von Forschungsprojekten.

Die Leitung der Geschäftsstelle obliegt Frau Marion Steiner, die Leitung des Ambulanzsekretariates wird durch Frau Heike Hoppe ausgeführt.

Das Leitungsteam wird durch die Mitglieder des Ausbildungsausschusses ergänzt, welche in regelmäßigen Sitzungen konzeptionelle und inhaltliche Fragen der Aus- und Weiterbildung gemeinsam abstimmen. Zum Ausbildungsausschuss gehören Herr Thorsten Sukale sowie Frau Jun.-Prof. Dr. Miriam Rassenhofer.



Jun.-Prof. Dr. Miriam Rassenhofer
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT)

Mitglied des Ausbildungsausschusses AZVT
Bindeglied zwischen AZVT und Forschungsbereich

Herr Thorsten Sukale
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT)

Leitung Traumaambulanz
Mitglied des Ausbildungsausschusses AZVT



Für die finanzielle Verwaltung erhält das AZVT Unterstützung durch Frau Stefanie Sobotta, Herrn BBA Matthias Bantle sowie Herrn Volker Streibich.

Im Rahmen der paritätischen Mitbestimmung ergänzen jährlich gewählte Vertreterinnen und Vertreter der Aus- und Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer des AZVT den Ausbildungsausschuss, um Fragen und Vorschläge der Aus- und Weiterzubildenden zu erörtern und mit den Mitgliedern des Ausbildungsausschusses abzustimmen.

2.2. Die Ausbildungsambulanz

Das AZVT betreibt eine eigene Ausbildungsambulanz mit der jährlichen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von rund 240 Kindern und Jugendlichen im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie.



Der überwiegende Anteil aller Aus- und Weiterzubildenden absolviert die praktische Psychotherapieausbildung in der AZVT-Ambulanz der KJP Ulm, einige Auszubildende absolvieren diese auch in den Kooperationskliniken St.-Anna-Virngrund in Ellwangen oder der Klinik für Psychiatrie in Weissenau.

Damit übernimmt die AZVT-Ambulanz mit derzeit 32 Therapeutinnen und Therapeuten (davon 21 KJP-Auszubildende, 4 Teilnehmer der Ergänzungsqualifikation KJP und 7 Ärzte in Weiterbildung) einen substanziellen Anteil der psychotherapeutischen Versorgung im Raum Ulm und Umgebung. Die kontinuierliche, videogestützte Supervision aller Aus- und Weiterbildungstherapien sowie der Einbezug neuester, evidenzbasierter wissenschaftlicher Erkenntnisse gewährleistet allen Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige psychotherapeutische Versorgung.

Die umfangreiche Vernetzung zwischen Theorie, Praxis und Forschung ermöglichte in den letzten Jahren die Differenzierung der AZVT-Ambulanz in die allgemeine- und die traumaspezifische Ambulanz, welche spezialisierte Behandlung auf dem Gebiet der Traumafolgestörungen realisiert. Des Weiteren können in Zusammenarbeit mit der Sektion Bindungsforschung psychotherapeutische Angebote für Eltern mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren im Rahmen der „Eltern-Kind-Therapie“ realisiert werden.

2.2.1. Die Traumaambulanz

Vielen Kindern und Jugendlichen weltweit widerfährt mindestens ein potentiell traumatisches Ereignis bis zu ihrem 18. Lebensjahr (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007). Die Zahlen zeigen, dass zwischen 7,3% und 32,9% der Betroffenen eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln (PTBS; Alisic et al., 2014; Essau, Conradt, & Petermann, 1999; Landolt, Schnyder, Maier, Schoenbuecher, & Mohler-Kuo, 2013;).

Minderjährige mit Fluchterfahrung stellen eine besonders vulnerable Gruppe für das Erleben von traumatischen Erlebnissen und die Entwicklung von Traumafolgestörungen dar (Witt et al., 2015). Auch die im weiteren Bericht genannten Zahlen der Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie zeigen, dass sehr viele Kinder und Jugendliche mit einer posttraumatischen Belastungsstörung behandelt werden.

Die Evidenz zeigt, dass traumafokussierte Methoden (Tf-CBT: traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie, EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing, NET: Narrative Expositionstherapie) hierbei sehr wirksam sind. Im Kinder- und Jugendbereich besitzt hierbei die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-CBT) die besten Wirkungsnachweise (Goldbeck et al., 2016).

a) Das Traumacurriculum am AZVT

Die Auszubildenden am Ausbildungszentrum für Verhaltenstherapie haben während ihrer Ausbildung die Möglichkeit ein spezielles Curriculum zu absolvieren, um sich in der traumafokussierten Behandlung weiterzubilden. Das Curriculum sieht neben theoretischen Inhalten

zur Diagnostik, Methode und anderen traumaassoziierten Themen vor allem die manualgetreue Therapie der Traumafolgestörung nach dem Konzept der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie unter enger Supervision vor.

b) Voraussetzungen, Ziele und Rahmenbedingungen

Im Rahmen ihrer Ausbildung sollen Auszubildende und Assistenzärztinnen und -ärzte in der Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt im AZVT die Möglichkeit zu einer vertieften Ausbildung in TF-KVT erhalten und dabei fundierte diagnostische und therapeutische Kompetenzen erwerben.

Die erfolgreich absolvierte vertiefte Ausbildung entspricht den internationalen Richtlinien (<https://tfcbt.org/tf-cbt-certification-criteria/>) und wird am Ende der Ausbildung mit einem gesonderten Zertifikat bestätigt.

Diese vertiefte Traumatherapieausbildung geht über die Mindeststandards der allgemeinen theoretischen und praktischen Ausbildung hinaus und erfordert sowohl von den Lehrenden als auch von den Auszubildenden einen besonderen, über die allgemeine Ausbildung hinausgehenden, Einsatz.

Der praktische Teil der Traumatherapieausbildung unter Supervision soll mit Beginn der allgemeinen praktischen Ausbildung (in der Regel nach der erfolgreich absolvierten Zwischenprüfung) erfolgen.

Theorieinhalte des Curriculums:

- E-Learning Tf-CBT: <https://tfkvt.ku.de/>
- Seminare zu Traumadiagnostik, Tf-CBT, Kindesmisshandlung/Kinderschutz, DBT-Skills zur Emotionsregulation bei PTBS, Akkuttrauma/Typ I Traumata (Konsiliar- und Liaisondienst)

Praktische Inhalte des Curriculums:

- 5 Sprechstunden in der Traumaambulanz zur Abklärung der Indikation für eine Traumatherapie
- 2 Fälle Typ I Traumata im Rahmen eines Konsils oder einer Vorstellung im Nachgang einer konsiliarischen Vorstellung
- Mind. 5 Fälle Traumadiagnostik mit den in den Seminaren vermittelten Instrumenten (CATS, IBS, CAPS-CA-5)
- 4 Behandlungsfälle manualgetreu mit Tf-CBT
- Videogestützte traumaspezifische Einzel- und/oder Gruppensupervision

c) Organisationsstruktur der Traumaambulanz

Wie bereits oben beschrieben, werden an der Ausbildungsambulanz des AZVT viele Kinder und Jugendliche mit einer Traumafolgestörung behandelt. Die Spezialisierung im Curriculum

macht es möglich, dass die Auszubildenden traumafokussiert arbeiten. Die Ausbildungsambulanz beinhaltet daher eine gesonderte Organisationseinheit: die Traumaambulanz. An die Traumaambulanz können niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten, sozialpsychiatrische Praxen, Eltern oder Jugendliche selbst und die Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie zuweisen. Kooperiert wird auch mit anderen Institutionen (z.B. Notfallambulanz des Uniklinikums Ulm, Jugendhilfeeinrichtungen, Notfallseelsorger). Die Traumaambulanz erreichen Anfragen aus ganz Baden-Württemberg und weiten Teilen Bayerns.

Die hauptsächlichsten traumatischen Erlebnisse sind:

- Körperlicher, sexueller und emotionaler Missbrauch
- Kriegserlebnisse, Folter, Fluchterfahrungen
- Tod eines Angehörigen
- Unfall



Abbildung 1 spiegelt die Organisationsstruktur der Traumaambulanz wider:

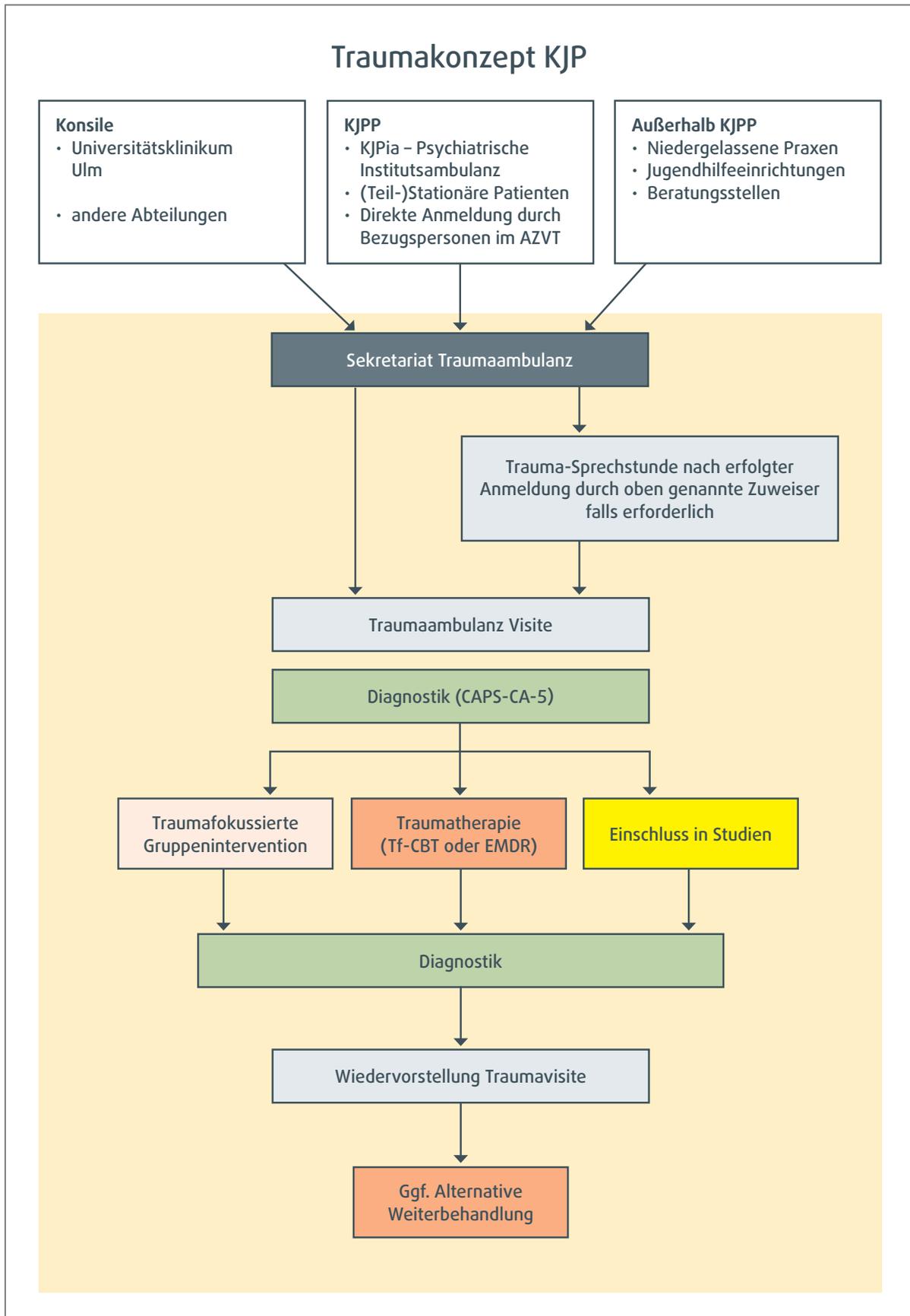


Abbildung 1: Traumakzept KJP

Im Rahmen eines Traumascreenings wird die Indikation für eine traumafokussierte Therapie gestellt. Neben den Einzelangeboten mit den oben erwähnten Therapiemethoden gibt es speziell für Minderjährige mit Fluchterfahrung Angebote im Rahmen von Forschungsprojekten zur gestuften Versorgung der mentalen Gesundheit von Flüchtlingen (MEHIRA: Mental Health in Refugees and Asylum Seekers), dem traumapädagogischen Angebot „Mein Weg“ (Pfeiffer et al., 2017) oder einem Gruppenangebot der Institutsambulanz.

Teilweise wird bei der Weitervermittlung unterstützt, da uns auch Anfragen weit außerhalb des eigenen Versorgungsgebietes erreichen.

c) Ausblick

Das Erlernen traumafokussierter Methoden ist ein wichtiger Bestandteil in der Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Neben der fachlichen Qualifizierung ist es auch wichtig, den eigenen Umgang der Auszubildenden mit den durchaus belastenden Dynamiken im Blick zu haben.

Gleichzeitig sind Behandlungen der Traumafolgestörung mit traumafokussierten Methoden häufig sehr gelungene Therapieverläufe, die trotz der Intensivität auch als wertvolle Erfahrung erlebt werden. Daher ist es wichtig, als Psychotherapeutin und Psychotherapeut entsprechende Methoden zu kennen und anzuwenden.

Es ist im weiteren Verlauf geplant, neben Tf-CBT auch einen Einblick in weitere evidenzbasierte Methoden in der Traumatherapie zu erhalten. So fanden schon Weiterbildungen in EMDR bei Kindern und Jugendlichen statt und geplant sind Workshops in NET oder DBT-PTSD. Ziel ist eine Zertifizierung des Traumacurriculums durch die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT).

3. Die Ausbildung in Zahlen

3.1. Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer

Seit 2009 haben insgesamt 101 Teilnehmerinnen und Teilnehmer die jährlich im Oktober startende Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am AZVT begonnen. Hinzu kommen 30 ärztliche und psychologische Kolleginnen und Kollegen in der Facharztweiterbildung KJP beziehungsweise KJP-Ergänzungsqualifikation.

Das AZVT zeichnet sich bewusst durch überschaubare Ausbildungsgruppengrößen aus. Die durchschnittliche jährliche Gruppengröße liegt bei 11 Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem hohen Anteil an Psychologinnen und Psychologen (56 %; vgl. Abbildung 2).

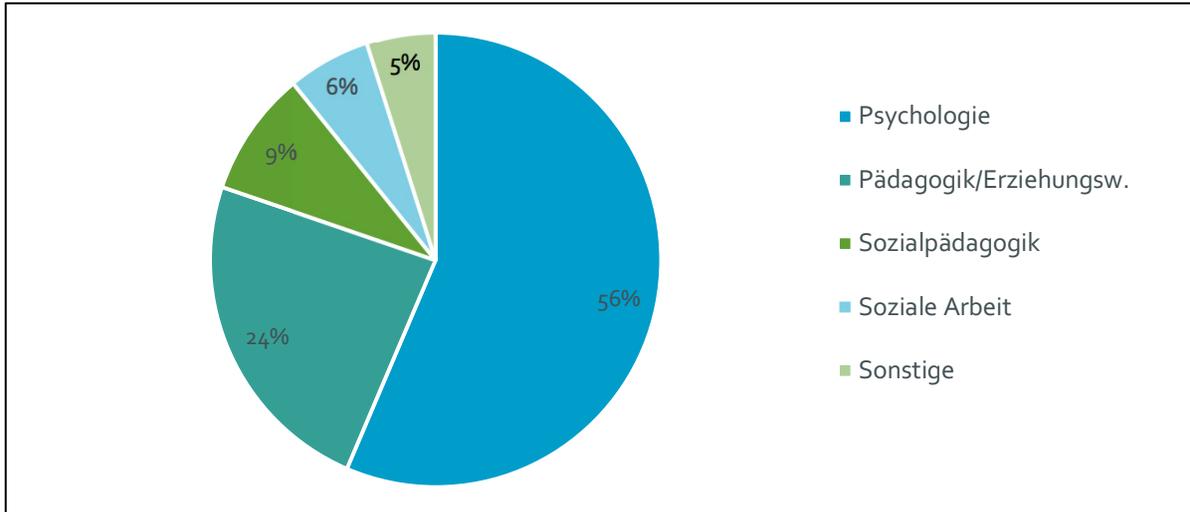


Abbildung 2: Teilnehmer/innen nach Berufsgruppen (n=101)

Der überwiegende Teil der Psychologinnen und Psychologen beginnt die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -therapeuten direkt im Anschluss an das Masterstudium der Psychologie. Das AZVT integriert darüber hinaus aber auch Kolleginnen und Kollegen, die ihre Ausbildung nach bereits fortgeschrittener Berufserfahrung in verwandten Gebieten (z.B. Sozialpädagogik) beginnen oder sich als approbierte Kolleginnen und Kollegen für die Ergänzungsqualifikation KJP entscheiden (vgl. Abbildung 3).

Das AZVT profitiert somit von einer eher heterogenen Gruppenzusammensetzung an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unterschiedlicher Berufserfahrung in unterschiedlichen Fachgebieten der Psychologie, Medizin und Pädagogik (vgl. Abbildung 2).

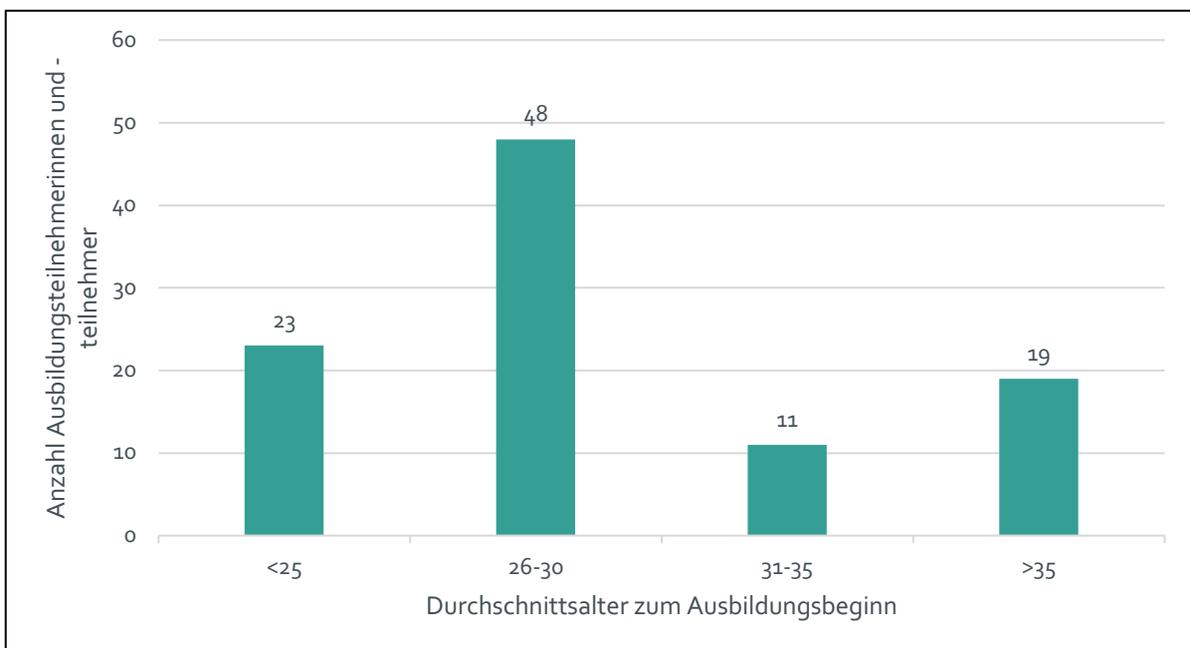


Abbildung 3: Teilnehmer/innen nach Alter zu Beginn (n=101)

3.2. Praktische und theoretische Ausbildung - Kooperationen

Die Aus- und Weiterbildung am Ausbildungszentrum wird von einem umfangreichen Netzwerk kooperierender Universitäten, Fachkliniken, Fachpraxen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Sozialpsychiatrie/Psychotherapie und hochqualifizierter Fachkolleginnen und -kollegen unterstützt.

Diese begleiten das AZVT im Rahmen von Dozenturen, Supervisions- und Selbsterfahrungsangeboten oder Angeboten zur Absolvierung der Praktischen Tätigkeit und/oder praktischen Ausbildung. Bei der Auswahl der Kooperationspartner legt das AZVT großen Wert auf Fachkompetenz und die Orientierung an evidenzbasierten, wissenschaftlichen Leitlinien der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, so dass neueste Erkenntnisse aus der Forschung direkt in die praktische und theoretische Aus- und Weiterbildung integriert werden können.

Die Theorieausbildung wird aktuell von 47 Dozentinnen und Dozenten unterstützt, deren Lehre kontinuierlich evaluiert wird und von den Auszubildenden im Gesamtschulnotenschnitt (über 20 differenzierte Bewertungssitems pro Seminar) als sehr gut (1,4) bewertet wird. Eine evidenzbasierte Theorieausbildung mit Schwerpunkten im Bereich der Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen, im Bereich Kinderschutz und im Bereich der videogestützten Diagnostik und Therapie frühkindlicher Regulationsstörungen stellt eine der Stärken des AZVT dar.

Das Ausbildungszentrum verfügt über 10 hauseigene Plätze zur Absolvierung der praktischen Tätigkeit sowie 37 Plätze zur Absolvierung der Praktischen Tätigkeit an Kooperationseinrichtungen (9 Praxen, 10 Kliniken), so dass für alle Auszubildenden ein sofortiger Beginn der praktischen Tätigkeit (PT) zum Ausbildungsbeginn gewährleistet ist. Die praktische Tätigkeit wird durch die Auszubildenden im Gesamtschulnotenschnitt (über 27 differenzierte Bewertungssitems pro PT-Platz) als gut bis sehr gut bewertet (1,8).

Im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung werden die Aus- und Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer von derzeit 27 berufserfahrenen und approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (VT) begleitet, welche die Supervision der psychotherapeutischen Behandlungsstunden sicherstellen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer geben diesbezüglich eine hohe Gesamtzufriedenheit von 8,5 (Skalenrange: 1 (extrem unzufrieden) bis 10 (extrem zufrieden)) für die Begleitung durch die Supervisorinnen und Supervisoren an.

Weiterhin begleiten 18 äußerst berufserfahrene Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (VT) als Selbsterfahrungsleiterinnen und Selbsterfahrungsleiter im Einzel- und Gruppenkontext die Ausbildung am AZVT.

3.3. Ausbildungsdauer

Ein Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer absolvierten ihre Ausbildung bereits in 3-3,5 Jahren, lediglich fünf Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer benötigten für ihre

Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten länger als 5,5 Jahre.

Dieses Ergebnis zeigt, dass ein regulärer Abschluss der Ausbildung im AZVT im angestrebten Zeitraum optimale Voraussetzungen hat, wenn dies angestrebt wird. Die durchschnittliche Ausbildungszeit beträgt 4,29 Jahre (vgl. Abbildung 4). Bisher haben 54 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Ausbildung in Vollzeit und 46% in Teilzeit angetreten.

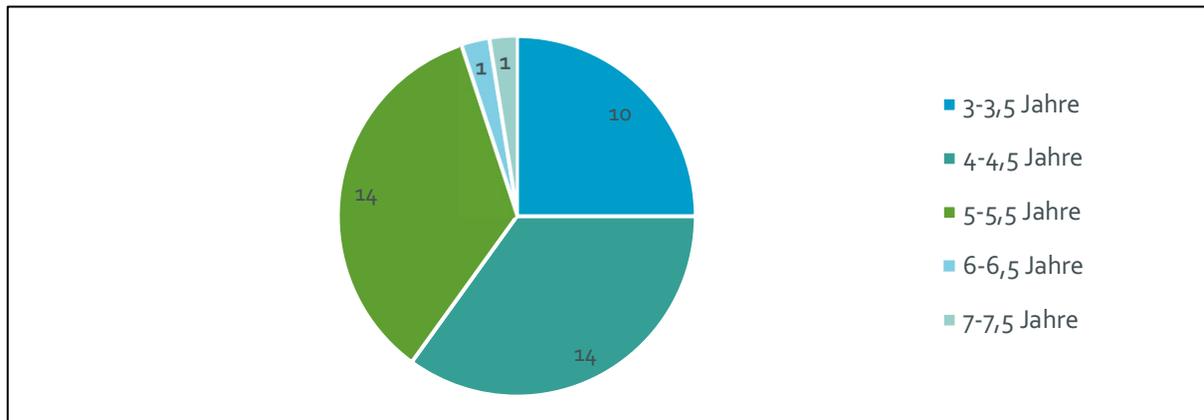


Abbildung 4: Dauer der Ausbildung in Jahren (n=40)

3.4. Abschlussergebnisse

Die staatliche Approbationsprüfung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurde von allen bisherigen Absolventinnen und Absolventen des AZVT (n = 40) erfolgreich bestanden und mit guten bis sehr guten Prüfungsergebnissen absolviert (Notendurchschnitt 1,6). Die Durchfallerquote der Absolventinnen und Absolventen des AZVT im Rahmen der staatlichen Approbationsprüfungen beträgt 0,00 %.

49% der Auszubildenden erreichten in der mündlichen Staatsprüfung die Note „sehr gut“, 42% die Note „gut“ und nur 9% die Note „befriedigend“. Dieses Ergebnis spiegelt wider, dass die Absolventinnen und Absolventen des AZVT am Ende ihrer Ausbildung sowohl über ein fundiertes theoretisches als auch praktisches Fachwissen verfügen.



4. Qualitätssicherung im AZVT

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV Modernisierungsgesetz alle Vertragsarztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und zugelassene Krankenhäuser verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln (§135a SGB V). Die grundsätzlichen Anforderungen an ein QM wurden vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der „QM-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ festgelegt.

In der ambulanten Psychotherapie beziehen sich die vorhandenen Instrumente zur Qualitätssicherung entsprechend der Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian, 1966) auf strukturelle Voraussetzungen wie beispielsweise der Verpflichtung zur Durchführung von Richtlinienverfahren. Die Sicherung der Prozessqualität erfolgt unter anderem durch die Dokumentationspflicht, wobei auch das Gutachterverfahren prozesssteuernd wirkt. Im Rahmen der Ergebnisqualität sind standardisierte multimodale Vor- und Nachuntersuchungen und Katamnesen und deren Dokumentation zu nennen, wobei Standards zur Ergebnisevaluation definiert sind (vgl. Jacobi, Poldrack und Hoyer, 2001).

Maßnahmen der Qualitätssicherung an universitäre Ausbildungsambulanzen für Psychologische- oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten betreffen die Evaluation der Wirksamkeit der Behandlung und die Nutzung des Prinzips der Wissenschaftlichkeit in der therapeutischen Arbeit.

Inhalte des Qualitätsmanagements sind unter anderem Patientenbefragungen, Nutzung therapeutischer Leitlinien und fortwährende wissenschaftliche Evaluation.

Am Ausbildungszentrum für Verhaltenstherapie sind in einem größeren Rahmen Maßnahmen der Qualitätssicherung im Bereich der Struktur- und Prozessqualität umgesetzt worden, wobei eine Orientierung an der „QM-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ erfolgte.

Zur Sicherung der Ergebnisqualität in der Ausbildungsambulanz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten wurde eine Datenbank als Microsoft Access® - Anwendung auf dem klinik-internen Server der Psychotherapie-Ambulanz des AZVT unter umfassender Beachtung der Datenschutzrichtlinien des Universitätsklinikums Ulm erstellt, welche eine systematische Erfassung patientenbezogener Daten im Rahmen der durch die Krankenkasse genehmigten ambulanten psychotherapeutischen Leistungen im AZVT erlaubt.

Der nachfolgende Qualitätsbericht liefert, bezogen auf eine Kohorte von 639 Patientinnen und Patienten, Angaben zur demografischen Verteilung sowie über das Diagnosespektrum und Behandlungsdaten im AZVT aus den Jahren 2015 - 2019. Zur Prä-Post Evaluation liegen Daten von 134 Patientinnen und Patienten vor, welche nachfolgend berichtet werden.

5. Beschreibung der Gesamtpopulation

5.1. Demographische Daten

5.1.1. Geschlecht und Alter

Es liegt eine Stichprobe von 329 Mädchen (51.6%) und 309 Jungen (48.4%) vor. Bei einer/einem Patientin/Patienten fehlt diese Angabe.

Das mittlere Alter betrug $M = 13.12$ Jahre ($SD = 4.14$, range = 0-19; $n = 611$, missings: $n = 28$, 4.4 %). Mädchen ($M = 13.96$, $SD = 3.85$, range = 0-19) waren im Schnitt 1.71 Jahre älter als Jungen ($M = 12.24$, $SD = 4.25$, range = 0-19; $t(594.97) = -5.21$, $p < .001$).

5.1.2. Migrationshintergrund

29.1 % ($n = 151$) der Patientinnen und Patienten wiesen einen Migrationshintergrund auf. 70.9% ($n = 368$) der Patientinnen und Patienten wiesen keinen Migrationshintergrund auf ($n = 519$, missings: $n = 120$, 18.8 %).

5.1.3. Sorgerecht

Das Sorgerecht lag in 455 Fällen (72.7%) bei beiden Kindeseltern und in 122 Fällen (19.5%) ausschließlich bei der Kindesmutter ($n = 626$, missings: $n = 13$, 2.0%; vgl. Abbildung 5).

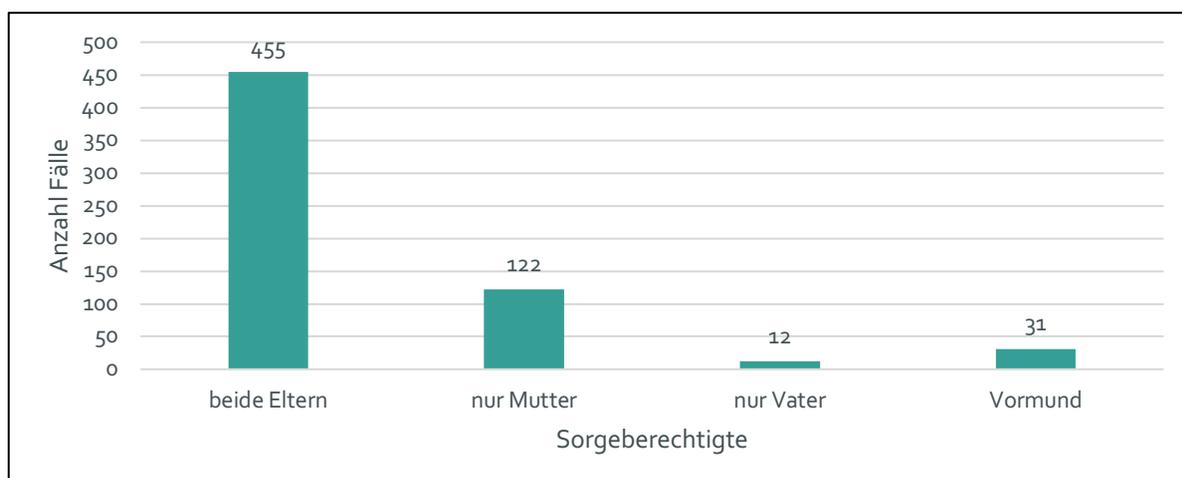


Abbildung 5: Sorgerechtssituation ($n=626$)

5.1.4. Anmeldung und Begleitung

Die Anmeldung erfolgte in 47.3% der Fälle über die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm.

Weitere 27.0% der Patientinnen und Patienten meldeten sich selbstständig im AZVT, während 21.9% von einer externen Fachärztin bzw. einem externen Facharzt für Kinder- und

Jugendpsychiatrie/Psychotherapie überwiesen wurden (n = 636, missings: n = 3, 0.5%; vgl. Abbildung 6).

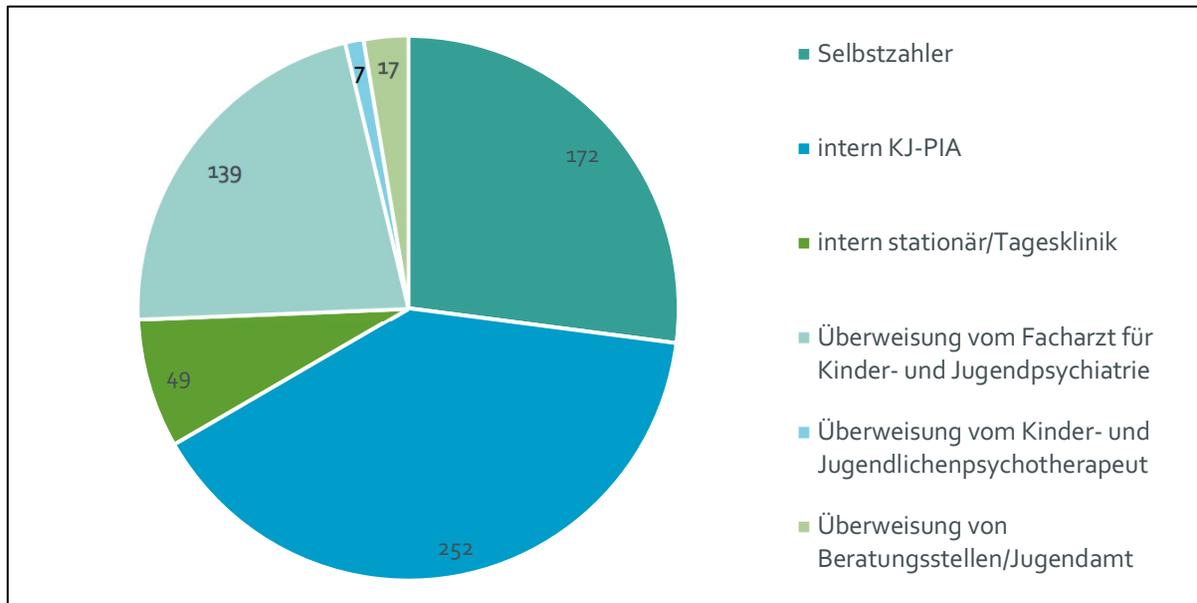


Abbildung 6: Anmeldung im AZVT (n=636)

366 Patientinnen und Patienten (58.1%) wurden bei dem Erstgespräch von der Kindesmutter begleitet. 90 Patientinnen und Patienten (14.3%) wurden von beiden Kindeseltern begleitet.

Annähernd gleich viele Patientinnen und Patienten wurden vom Kindsvater (n = 65, 10.3%) oder von einem Betreuer (n = 64, 10.2%) begleitet (n = 630, missings: n = 9, 1.4%; vgl. Abbildung 7).

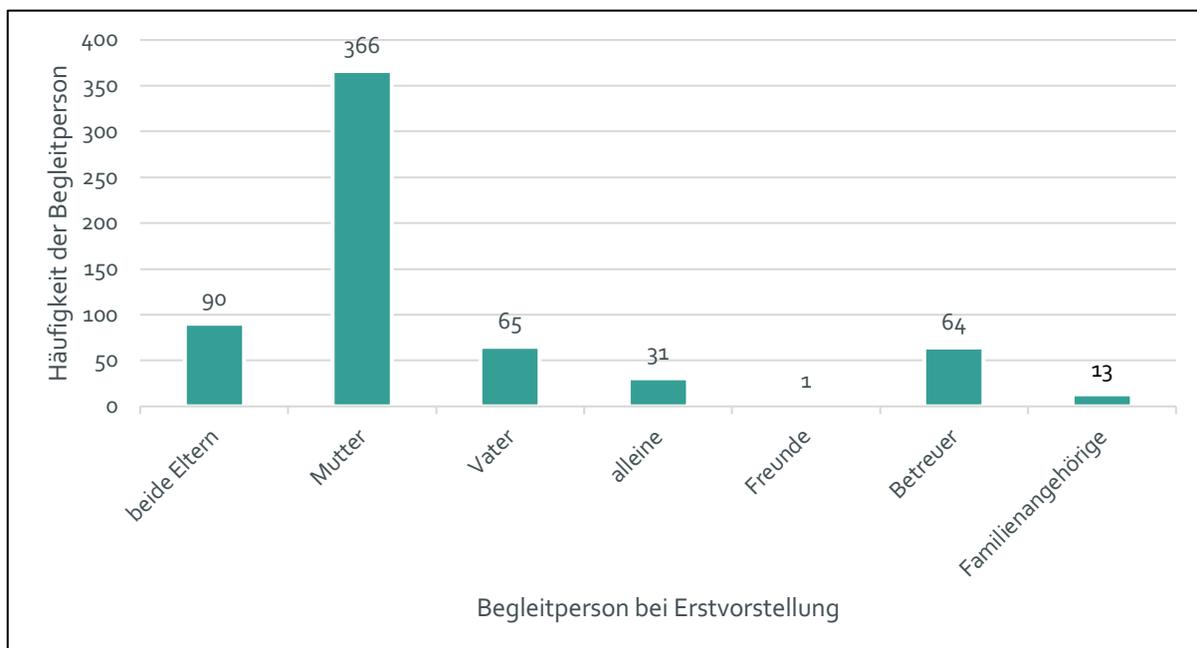


Abbildung 7: Begleitung bei Erstvorstellung (n=630)

5.1.5. Wohnsituation

264 Patientinnen und Patienten (50.1%) wohnten bei beiden Eltern, 121 Patientinnen und Patienten (23.0%) ausschließlich bei der Kindesmutter und 60 Patientinnen und Patienten (11.4%) in einer betreuten externen Wohnform (n = 527, missings: n = 112, 17.5%; vgl. Abbildung 8).

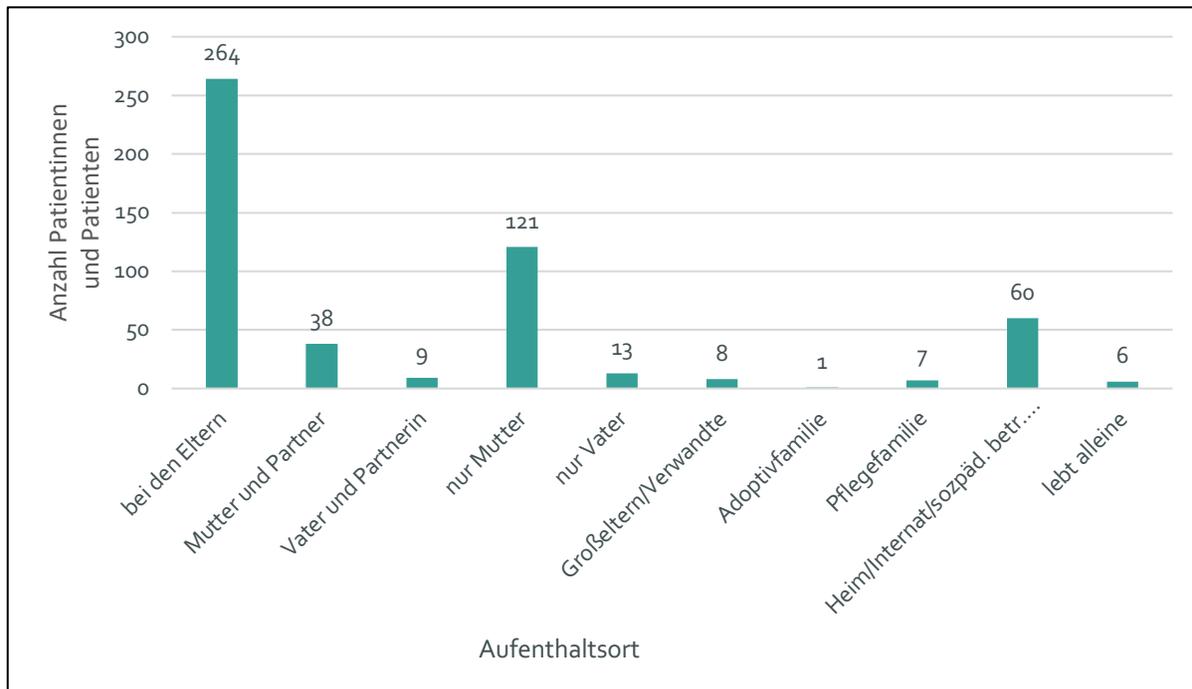


Abbildung 8: Aufenthaltsort der Kinder und Jugendlichen (n=527)

5.1.6. Wohnortverteilung nach Postleitzahlen

68 % der Patientinnen und Patienten waren in den umliegenden Postleitzahlgebieten Ulm, Alb-Donau-Kreis und Neu-Ulm wohnhaft. 7% der Patientinnen und Patienten waren im Landkreis Biberach und 6% der Patientinnen und Patienten im Landkreis Heidenheim wohnhaft (n = 633, missings: n = 6, 0.9%; vgl. Abbildung 9).

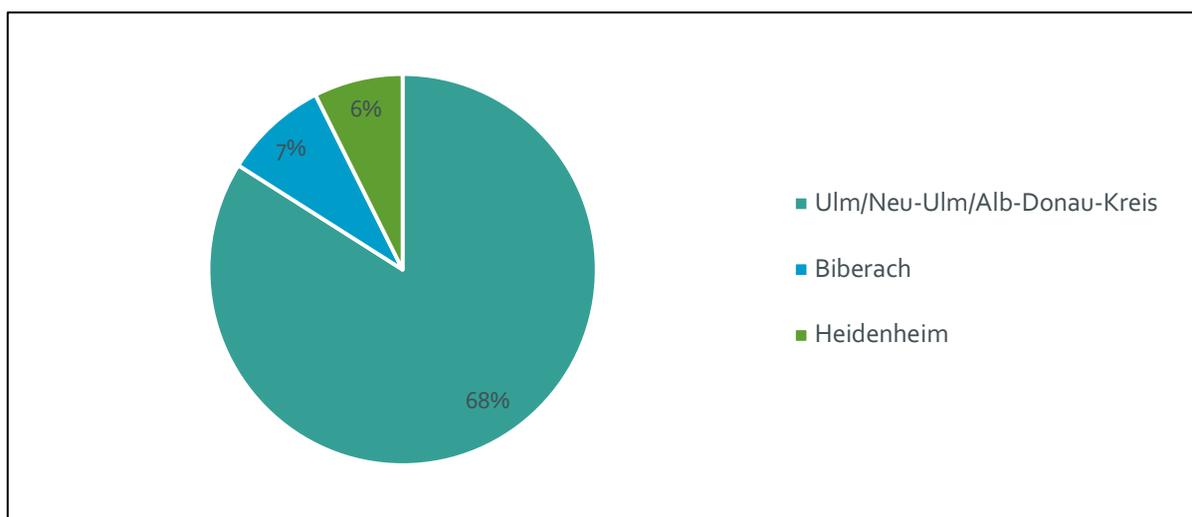


Abbildung 9: Wohnortverteilung nach PLZ (n=633)

5.2. Allgemeines und traumaspezifisches Diagnose- und Belastungsspektrum

Im Durchschnitt lagen bei den Patientinnen und Patienten zu Behandlungsbeginn zwei Achse-I Diagnosen nach ICD-10 vor (M = 1.60, SD = 0.76, min = 1, max = 5) (n = 502, missings: n = 137, 21.4%; vgl. Abbildung 10).

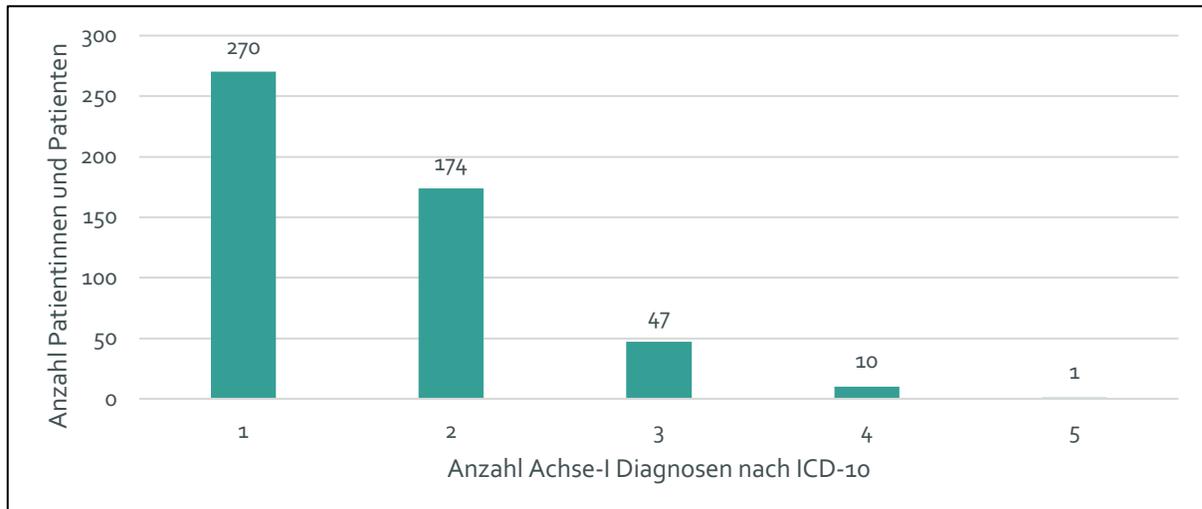


Abbildung 10: Anzahl der Achse-I Diagnosen nach ICD-10 zu Behandlungsbeginn

Der überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten nahm entsprechend der ICD-10 Klassifikation aufgrund von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9; 35.6%) eine psychotherapeutische Behandlung in der Ausbildungsambulanz auf. Das Diagnosespektrum wurde gefolgt von Neurotischen Belastungsstörungen (F4; 31.5%) und Affektiven Störungen (F3; 24.2%). 14.3% aller Patientinnen und Patienten wiesen Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) auf. 11.71% aller Patientinnen und Patienten (n = 94) erfüllten die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (F 43.1) (n = 501, missings: n = 138, 21.6 %; vgl. Abbildung 11).

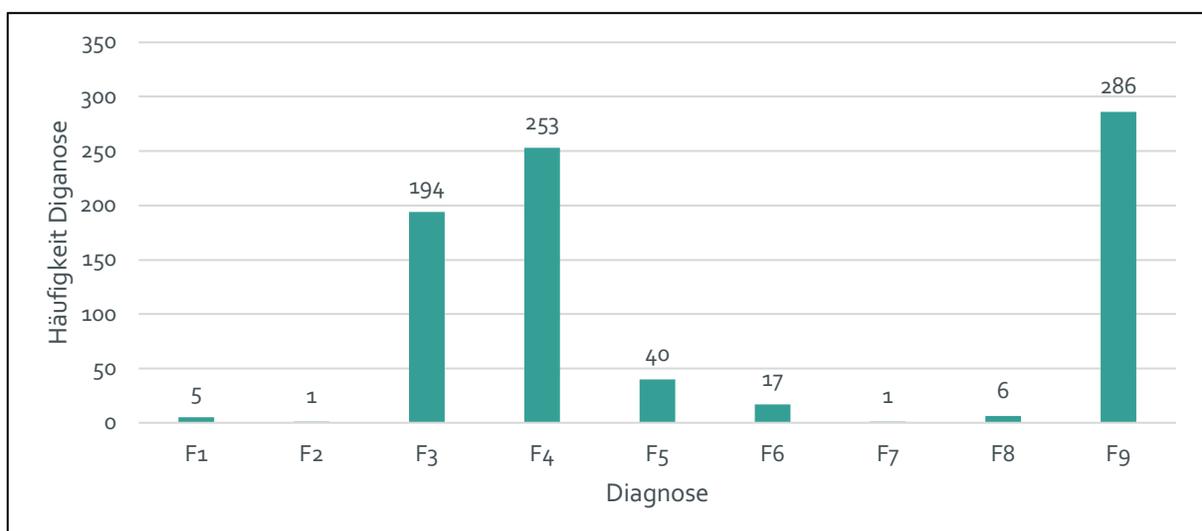


Abbildung 11: Anteil der Diagnosen (ICD-10)

Eine Aufschlüsselung aller F9 Diagnosen zeigt, dass bei 32.9% dieser Patientinnen und Patienten eine hyperkinetische Störung (F90), bei 21.3% eine emotionale Störung des Kindesalters (F93), bei 18.5% eine andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98) und bei 14.3% eine Störung des Sozialverhaltens (F91) vorlag (vgl. Abbildung 12).

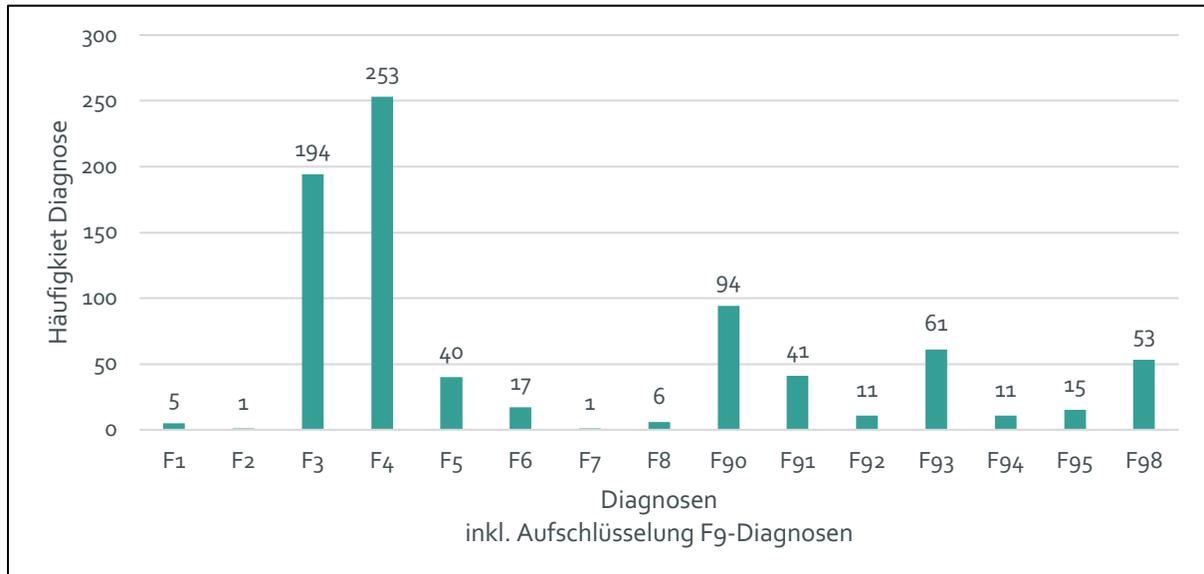


Abbildung 12: Verteilung der F9 Diagnosen (ICD-10)

Die häufigste Diagnose in der F4-Kategorie nach ICD-10 waren Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43; 45.5%) mit einem überwiegenden Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1: 81.7%) in der Kategorie F43. Die zweithäufigste Diagnose in der F4-Kategorie nach ICD-10 war die Phobische Störung (F40; 24.5%; vgl. Abbildung 13).

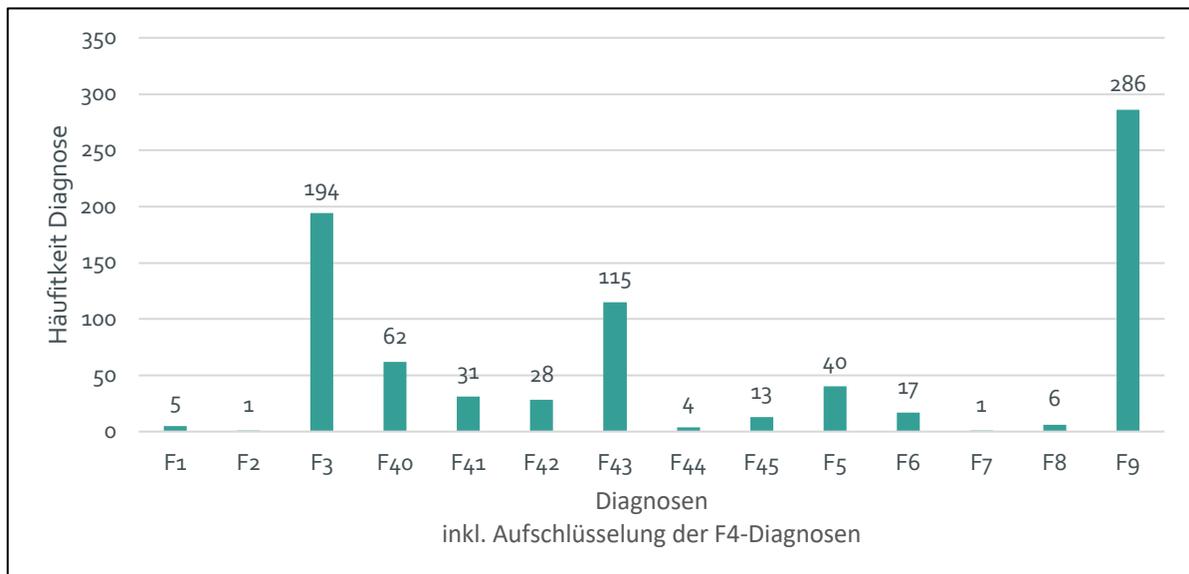


Abbildung 13: Verteilung der F4-Diagnosen (ICD-10)

Patientinnen und Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) wiesen zu gleichen Anteilen keinen- (n = 46, 50%) beziehungsweise einen Migrationshintergrund (n = 46, 50%) auf (missings: n = 2 von 94, 2.1%).

Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund wiesen jedoch überproportional seltener als jene mit Migrationshintergrund eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auf (ICD-10: F43.1; vgl. Abbildung 14).

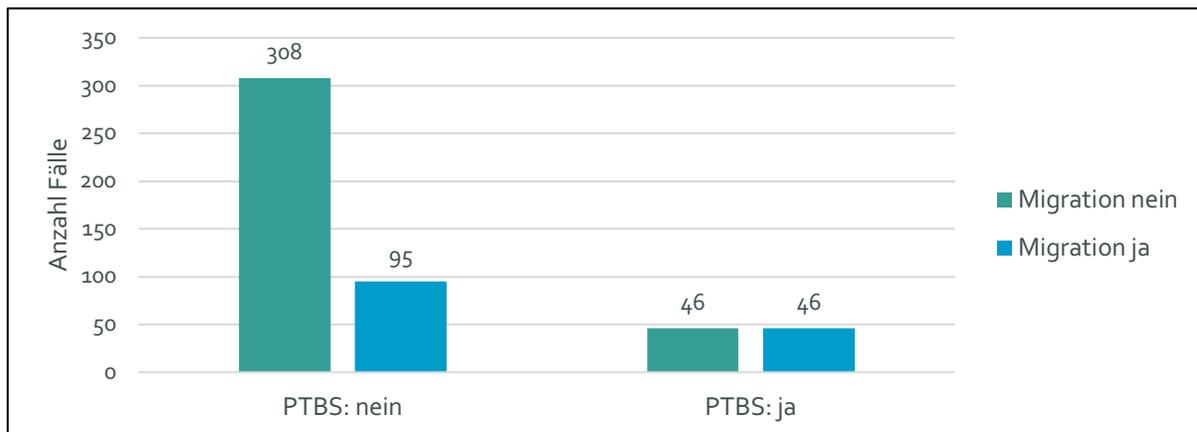


Abbildung 14: Vergleich der F43.1 Diagnose zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund

5.3. Psychosoziales Funktionsniveau nach ICD-10

Der Mittelwert der Globalen Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (MAS: Achse VI; ICD-10) betrug $M = 3.23$, was einer mäßigen sozialen Beeinträchtigung entspricht ($SD = 0.87$, $min = 0$, $max = 9$; Daten für $n = 501$, missings: $n = 138$, 21.6 %; vgl. Abbildung 15).

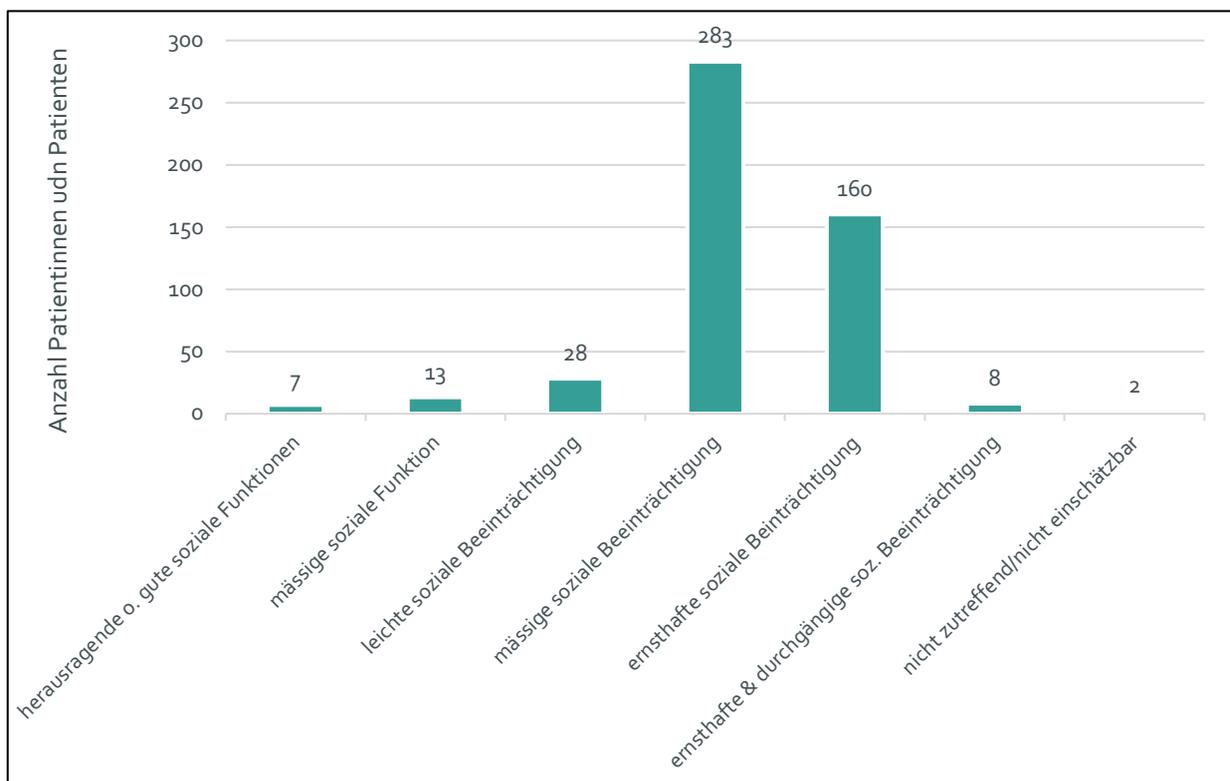


Abbildung 15: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

5.4. Intelligenzniveau

Auf der Achse III (MAS; ICD-10) wiesen 74.8% der Patientinnen und Patienten (n = 377) eine Intelligenz im Durchschnittsbereich, 8.7% der Patientinnen und Patienten (n = 44) eine Intelligenz im überdurchschnittlichen Bereich und 10.9% der Patientinnen und Patienten (n = 55) eine Intelligenz im unterdurchschnittlichen Bereich auf (n = 504, missings: n = 135, 21.1%; vgl. Abbildung 16).

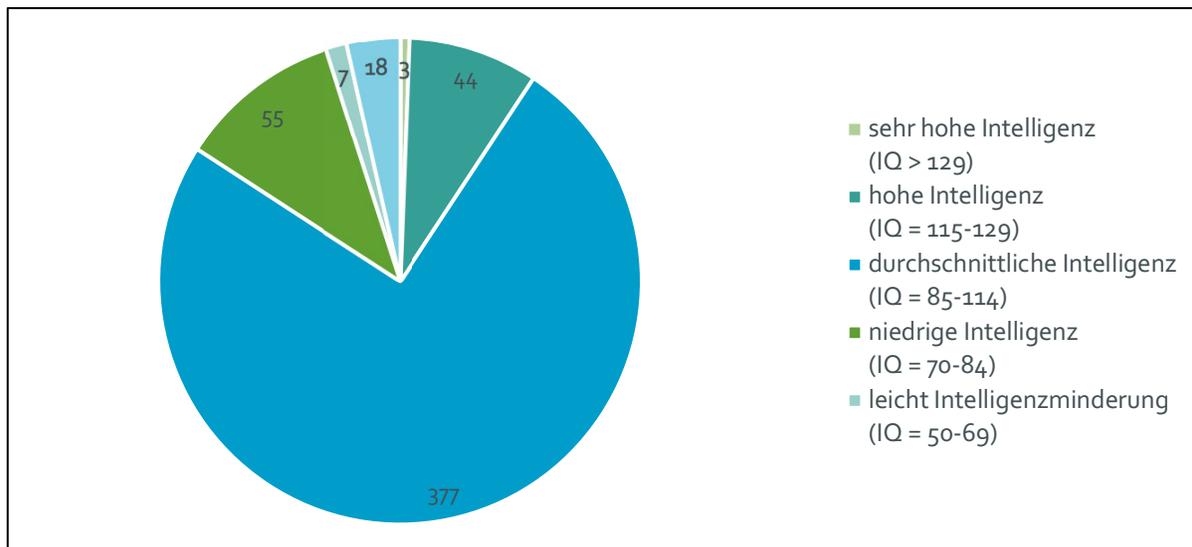


Abbildung 16: Kognitive Leistungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen

6. Prozessqualität

Die Daten zur Prozessqualität beschreiben die psychotherapeutische Versorgungsstruktur der beschriebenen Patientenpopulation sowie Daten zur Supervision der Therapeutinnen und Therapeuten durch akkreditierte Supervisorinnen und Supervisoren des AZVT.

Wichtige Kennwerte zur psychotherapeutischen Versorgung sind die Art der erbrachten Leistungen, die Anzahl der erbrachten Leistungen und Daten zum Therapieabbruch. Berücksichtigt werden ausschließlich psychotherapeutische Leistungen, die bereits vor der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie im April 2017 erbracht wurden.

Daten zu Leistungen seit Beginn der Strukturreform (Sprechstunden, Akuttherapie) sind in der vorliegenden Evaluation nicht enthalten.

6.1. Art der Leistungen

Es wurde das Leistungsspektrum, bestehend aus Kurzzeittherapie, Langzeittherapie, psychotherapeutischer Grundversorgung (ausschließlich nicht antragspflichtige Leistungen wie Diagnostik, Anamnese und Probatorik) und Umwandlung bzw. Verlängerung in eine Langzeittherapie erfasst (n = 460; missings: n = 179, 28.0 %).

Der überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten erhielt eine Kurzzeittherapie (n = 206, 44.8%), gefolgt von Patientinnen und Patienten, die eine Langzeittherapie (n = 107, 23.3%) oder ausschließlich eine psychotherapeutische Grundversorgung (n = 110, 23.9%) in Anspruch genommen haben (vgl. Abbildung 17).

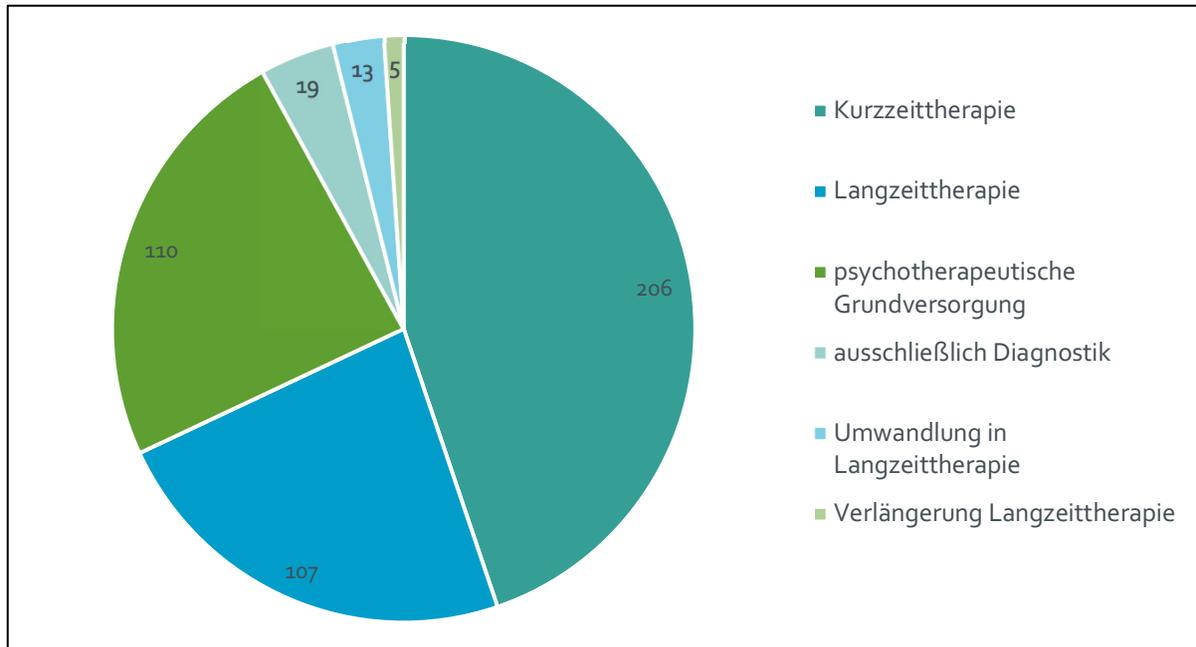


Abbildung 17: Art der erbrachten Leistungen (n=460)

6.2. Anzahl psychotherapeutischer Leistungen und Supervision

Im Durchschnitt wurden pro Patientin bzw. Patient vier Probatorische Sitzungen vor Therapiebeginn (M = 4.31, SD = 1.61), vier psychotherapeutische Gespräche (M = 3.57, SD = 3.78), 19 Antragsleistungen als Kurzzeittherapie oder Langzeittherapie in Einzelsitzungen (M = 19.08, SD = 16.12) und vier Beratungen für Bezugspersonen (M = 4.36, SD = 4.11) durchgeführt.

Im Durchschnitt fanden pro Patientin bzw. Patient neun Supervisionssitzungen statt (M = 8.74, SD = 5.74).

6.3. Unterbrechung und Abbruch der Therapie

N = 65 Patientinnen und Patienten (17.8%) unterbrechen ihre Therapie für mindestens einmal sechs Wochen zum Zweck der stationären Aufnahme (n = 366; missings: n = 273, 42.7%).

N = 149 Therapien (35.7%) wurden unplanmäßig beendet (n = 417; missings: n = 222, 34.7%).

7. Ergebnisqualität

Im Rahmen der Ergebnisqualität werden die Therapieergebnisse der psychotherapeutischen Behandlung im AZVT als „Completer - Analyse“ dargestellt. Diese beinhaltet die Evaluation therapeutischer Behandlungen, von denen eine Prä- und Postdiagnostik vorlag.

Therapeutische Behandlungen, die aufgrund fehlender Werte oder aufgrund eines Therapieabbruches keine Abschlussdiagnostik beinhalten, sind von der Analyse ausgeschlossen.

7.1. **Therapiezufriedenheit**

Die Therapiezufriedenheit wurde mit dem *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung von Mattejat und Remschmidt (1998)* erfasst. Im Fragebogen werden Feststellungen zur Behandlung auf einer 5 stufigen Likert Skala eingeschätzt (0 = überhaupt nicht/niemals, 1 = kaum/selten, 2 = teilweise/manchmal, 3 = überwiegend/meistens, 4 = ganz genau/immer).

Für die Gesamtskala und die Subskalen wird die Summe aller gültigen Items durch die Anzahl der gültigen Items geteilt, sodass die Skalierung der Skalenwerte den Itemwerte-Labels entspricht.

Im *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung durch den Patienten (FBB-P)* lag der durchschnittliche Wert der Gesamtskala bei 3.41 (SD = 0.64). Dieses Ergebnis entspricht einer „*sehr guten*“ Beurteilung der ambulanten Psychotherapie durch die Patientinnen und Patienten (n=123).

Im *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung durch die Eltern (FBB-E)* lag der durchschnittliche Wert der Gesamtskala bei 3.68 (SD = 0.50). Dieses Ergebnis entspricht einer „*sehr guten*“ Beurteilung der ambulanten Psychotherapie durch die Kindeseltern (n=111).

Im *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung durch den Therapeuten (FBB-T)* lag der durchschnittliche Wert der Gesamtskala bei 2.99 (SD = 0.80). Dieses Ergebnis entspricht einer „*guten*“ Beurteilung der ambulanten Psychotherapie durch die Therapeutinnen und Therapeuten (n=159).

7.2. **Verlaufsmessung**

Es wurden Screening-Instrumente, generische Instrumente und störungsspezifische Instrumente im Selbstbericht der Patientinnen und Patienten und Fremdbbericht der Kindeseltern eingesetzt.

Der Einsatz von *Screeninginstrumenten* erfolgte *störungsunspezifisch*, das heißt *diagnose-unabhängig* wurden alle Patientinnen und Patienten mit vollständigem Datensatz vor und nach der Therapie in die Analyse aufgenommen.

Der Einsatz von *störungsspezifischen Instrumenten* erfolgte in *Abhängigkeit von der jeweiligen Diagnose*.

7.2.1. Verlaufsdiagnostik mit Screeninginstrumenten zur Erfassung der Symptombelastung

Im *Screening-Selbstbericht der Patientinnen und Patienten* wurden kleine Effektstärken für die Reduktion von Verhaltensproblemen und der Verbesserung der Lebensqualität, mittlere Effektstärken für die Reduktion von Angst, Hyperaktivität und posttraumatischer Stressbelastung und hohe Effektstärken für die Reduktion depressiver Symptome erzielt (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1

Prä-Post-Analysen des Screenings im Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen

	N	Prä		Post		Statistik		
		M	SD	M	SD	t	p	d
PTSS (CATS)	53	17.91	16.79	9.87	11.06	4.38	< .001	0.53
Depression (MFQ)	46	10.20	6.61	5.52	5.75	4.57	< .001	0.75
Angst (SCARED)	46	3.09	2.28	2.04	1.92	3.12	.003	0.49
Hyperaktiv (SDQ)	46	4.85	2.19	3.93	2.00	3.29	.002	0.43
Verhaltenspr. (SDQ)	46	2.30	1.47	1.93	1.53	1.61	.114	0.25
Lebensqual. (KidScreen)	37	34.43	7.03	36.86	9.89	-1.50	.141	0.28

Bemerkungen: PTSS = posttraumatische Stresssymptome. CATS = Child and Adolescent Trauma Screen. MFQ = Mood and Feelings Questionnaire. SCARED = Screen for Child Anxiety Related Disorders. SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire. Hyperaktiv = SDQ Skala Hyperaktivität/ Aufmerksamkeitsprobleme. Verhaltenspr. = SDQ Skala Verhaltensprobleme. KidScreen: Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen.

Im *Fremdbericht der Kindeseltern* wurden kleine Effektstärken für die Verbesserung der Lebensqualität und der Reduktion von posttraumatischer Stressbelastung, Verhaltensproblemen und Hyperaktivität, mittlere Effektstärken für die Reduktion von Angstsymptomen und hohe Effektstärken für die Reduktion depressiver Symptome erzielt (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2
Prä-Post-Analysen des Screenings im Elternbericht

	N	Prä		Post		Statistik		
		M	SD	M	SD	t	p	d
PTSS (CATS)	36	11.39	15.06	8.92	12.07	1.87	.070	0.17
Depression (MFQ)	32	9.59	5.71	5.03	3.76	4.17	< .001	0.93
Angst (SCARED)	32	2.47	1.97	1.50	1.44	3.62	.001	0.54
Hyperaktiv (SDQ)	32	4.53	2.93	3.69	2.39	2.01	.053	0.31
Verhaltenspr. (SDQ)	32	3.13	2.37	2.31	1.62	2.41	.022	0.38
Lebensqual. (KidScreen)	27	34.41	5.31	34.00	10.79	0.17	.863	0.05

Bemerkungen: PTSS = posttraumatische Stresssymptome. CATS = Child and Adolescent Trauma Screen. MFQ = Mood and Feelings Questionnaire. SCARED = Screen for Child Anxiety Related Disorders. SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire. Hyperaktiv = SDQ Skala Hyperaktivität/ Aufmerksamkeitsprobleme. Verhaltenspr. = SDQ Skala Verhaltensprobleme. KidScreen: Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen.

7.2.2. Verlaufsdagnostik mit Screeninginstrumenten zur Erfassung von Verhaltensproblemen und emotionalen Problemen

Zur Evaluation von Verhaltens- und emotionalen Störungen der Kinder und Jugendlichen im Therapieverlauf wurde der *Youth-Self-Report (Youth-Self-Report, YSR 11-18)* und die *Child-Behavior-Checklist (CBCL 4-18; dt: Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist; dt.: Döpfner, Plück, Kinnen, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2014)* eingesetzt.

Die CBCL erfasst das Urteil der Eltern über Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren. Aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens werden acht Problemskalen gebildet.

Die Skalen Sozialer Rückzug; Körperliche Beschwerden; Ängstlich/Depressiv werden zu der übergeordneten Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* zusammengefasst. Die Skalen Dissoziales Verhalten und Aggressives Verhalten bilden die übergeordnete Skala *Externalisierende Auffälligkeiten*. Die restlichen drei Skalen mit den Bezeichnungen Soziale Probleme;

Schizoid/ Zwanghaft und Aufmerksamkeitsprobleme sind keiner übergeordneten Skala zugeordnet.

Der *Gesamtauffälligkeitswert* umfasst 118 Items. Der YSR, ausgefüllt von Jugendlichen im Alter von 11-18 Jahren, bezieht sich auf dieselben Problembereiche, die auch im Elternfragebogen (CBCL) erfragt werden. 16 Fragen aus dem Elternfragebogen (CBCL) wurden durch Fragen ersetzt, die sich auf sozial erwünschtes Verhalten beziehen.

Im *Selbstbericht der Patientinnen und Patienten* (YSR 4-18) wurden kleine Effektstärken für die Reduktion von externalisierenden Problemen und große Effektstärken für die Reduktion von internalisierenden Problemen und der Gesamtsymptombelastung erzielt.

Im *Fremdbericht der Kindeseltern* (CBCL) wurden mittlere Effektstärken für die Reduktion externalisierender Probleme und hohe Effektstärken für die Reduktion internalisierender Probleme und der Reduktion der Gesamtsymptombelastung erzielt.

Zusätzlich wurden in der *Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten* hohe Effektstärken für die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (Achse VI, ICD-10) erzielt (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3

Ergebnisse der Prä-Post-Analysen: CBCL, YSR und psychosoziales Funktionsniveau

	N	Prä		Post		Statistik		
		M	SD	M	SD	t	p	d
Ext. Probl. (CBCL)	134	59.18	10.97	54.30	10.22	7.49	< .001	0.46
Int. Probl. (CBCL)	134	66.75	8.98	58.16	9.96	10.27	< .001	0.90
Gesamt (CBCL)	134	65.58	8.47	57.27	9.85	10.96	< .001	0.90
Ext. Probl. (YSR)	102	54.18	9.76	51.27	7.42	3.48	.001	0.33
Int. Probl. (YSR)	102	65.22	12.08	56.84	10.78	6.91	< .001	0.73
Gesamt (YSR)	102	62.71	9.11	55.51	8.90	8.89	< .001	0.80
Achse VI	435	3.24	0.87	2.19	1.41	17.44	< .001	0.85

Bemerkungen. CBCL = Child Behaviour Checklist, Einschätzung der Eltern; Ext. = externalisierende Auffälligkeiten; Int. = internalisierende Auffälligkeiten; YSR = Youth Self Report, Selbsteinschätzung des Kindes/ Jugendlichen; Achse VI = Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus durch den Therapeuten.

Zusammenfassend wurde eine Symptomreduktion in den Subskalen „externalisierende und internalisierende Auffälligkeiten“ sowie für die Gesamtskalen des YSR und CBCL mit kleinen bis großen Effektstärken erzielt. Abbildung 18 stellt den prä-post-Verlauf beider Instrumente dar.

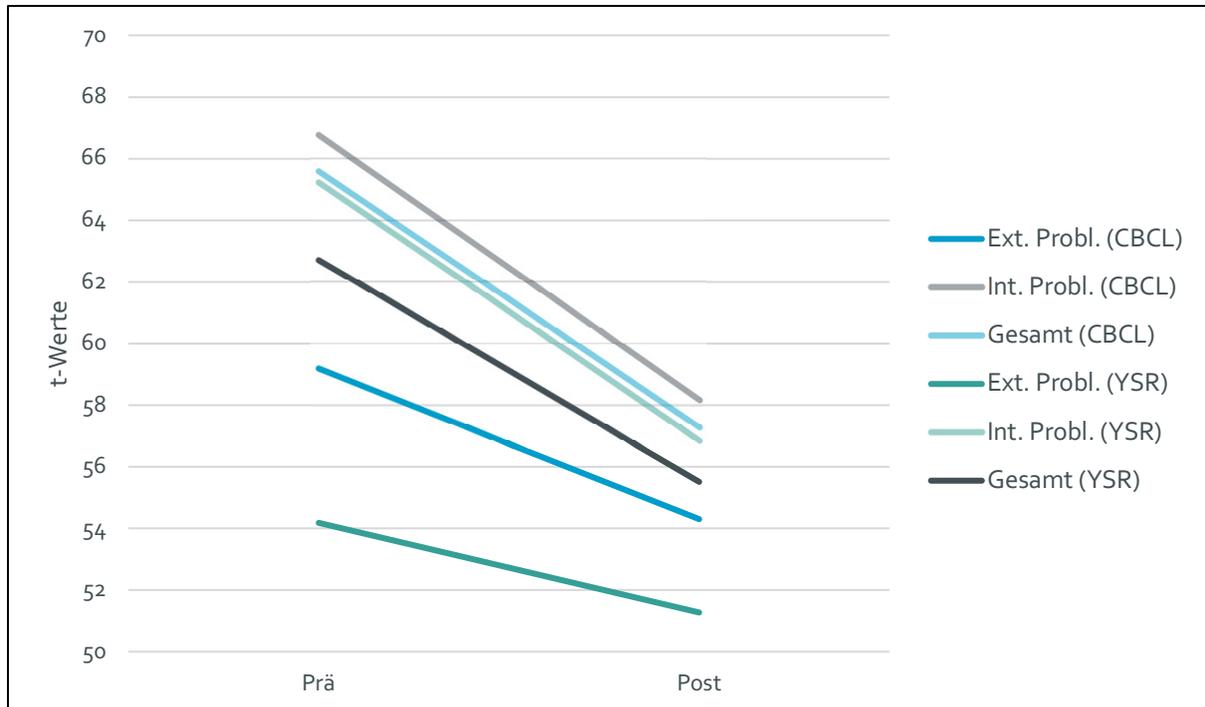


Abbildung 18: Prä-Post-Verlauf des CBCL und YRS (signifikant mit $p \leq .001$)

7.2.3. Störungsspezifische Verlaufsdagnostik zur Erfassung der Symptombelastung

Dargestellt werden Ergebnisse der störungsspezifischen Verlaufsdagnostik in den Bereichen Depression und Angststörungen im Selbst- und Fremdbbericht sowie Ergebnisse der Interviewdiagnostik mit Patientinnen und Patienten im Bereich der Posttraumatischen Stressbelastung.

Patientinnen und Patienten mit einer depressiven-, einer Angstsymptomatik oder einer posttraumatischen Stresssymptomatik berichteten eine Symptomreduktion im Therapieverlauf, die einer hohen bis sehr hohen Effektstärke entsprach.

Kindes Eltern von Patientinnen und Patienten mit einer Angstsymptomatik berichteten eine Symptomreduktion im Therapieverlauf, die einer hohen Effektstärke entsprach (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4

Ergebnisse der Prä-Post-Analysen des BDI und des FAS-K und FAS-E

	N	Prä		Post		t	Statistik	
		M	SD	M	SD		p	d
Depression (BDI)	82	23.59	10.87	9.95	10.75	10.66	< .001	1.26
Angst (FAS-K)	61	29.72	13.20	19.43	11.87	6.66	< .001	0.82
Angst (FAS-E)	47	29.62	14.47	17.32	10.56	6.77	< .001	0.94
PTSS (IBS-KJ)	16	36.63	19.76	9.69	7.98	5.71	< .001	1.68

Bemerkungen. PTSS = posttraumatische Stresssymptome. IBS-KJ = Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. BDI = Beck-Depressions-Inventar. FAS-K = Fragebogen für Angststörungen – Kinderversion; FAS-E = Fragebogen für Angststörungen – Elternversion.

Zusammenfassend wurde eine störungsspezifische Symptomreduktion in den Bereichen Depressivität und Angststörungen sowie Posttraumatische Stressbelastung mit hohen bis sehr hohen Effektstärken erzielt. Abbildung 19 stellt den prä-post-Verlauf der störungsspezifischen Verlaufsmessung dar.

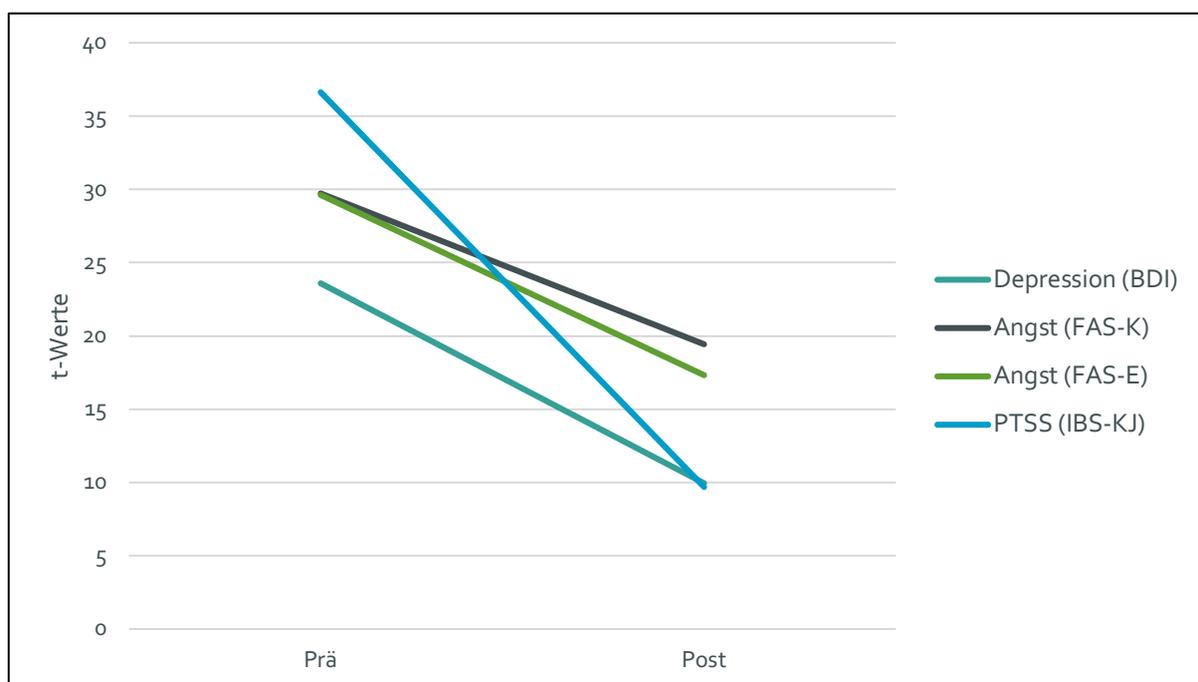


Abbildung 19: Verlauf von PTSS, Depression und Angst (signifikant mit $p < .001$)

7.3. Diskussion

In den Jahren 2015 bis 2019 wurden Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts in der AZVT-Ambulanz etwa gleich häufig behandelt und befanden sich - unter Einschluss der entwicklungspsychologischen Beratung für Eltern mit Kindern von 0-3 Jahren in einem Altersspektrum von 0-19 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 13 Jahren.

Das Sorgerecht lag in ca. 70% der Fälle bei beiden Kindeseltern, dennoch lebte nur die Hälfte aller Patientinnen und Patienten (50%) bei beiden Kindeseltern.

Die in der AZVT-Ambulanz behandelten Patientinnen und Patienten wiesen einen hohen Komplexitätsgrad mit durchschnittlich zwei Diagnosen nach ICD-10 auf. Dieser Komplexitätsgrad spiegelt sich auch in der relativ hohen Zahl stationärer Aufnahmen während einer laufenden Psychotherapie (ca. 17%) und der relativ hohen Abbruchrate der Psychotherapie (ca. 37%) wider.

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F9) traten am häufigsten auf, gefolgt von Neurotischen- und Belastungsstörungen (F4) und Affektiven Störungen (F3). Annähernd 8% der behandelten Kinder und Jugendlichen wiesen die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf.

Hervorzuheben ist in diesem Kontext, dass Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund insgesamt deutlich seltener als jene mit Migrationshintergrund die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufwiesen. Patientinnen und Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung in der Traumaambulanz des AZVT wiesen jedoch zu gleichen Anteilen einen-, beziehungsweise keinen Migrationshintergrund auf. Diese demografische Verteilung spiegelt unter Beachtung des zeitlichen Kontextes der Erhebung (2015-2019) die Relevanz des Einbezugs evidenzbasierter, traumatherapeutischer Behandlungsmethoden für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge mit posttraumatischer Stressbelastung wider.

Zusammenfassend wurde der Behandlungserfolg durch die Therapeutinnen und Therapeuten des AZVT als „gut“ und durch Eltern, Patientinnen und Patienten als „sehr gut“ bewertet. Das psychosoziale Funktionsniveau (GAS; ICD-10) verbesserte sich in der Therapeuteneinschätzung von einer mäßigen sozialen Beeinträchtigung zu Therapiebeginn zu einer leichten sozialen Beeinträchtigung zum Therapieende mit großer Effektstärke. Die Prä-Post-Evaluation der Screeningdiagnostik ergab insbesondere für den Bereich depressiver Symptome starke Verbesserungen mit hohen Effektstärken. Verhaltensprobleme und externalisierende Störungen wurden mit kleiner Effektstärke adressiert. Zu beachten ist in diesem Kontext, dass auch Patientinnen und Patienten ohne externalisierende Verhaltensprobleme in die Prä-Post-Screeninganalysen einbezogen wurden, so dass die Interpretierbarkeit dieser Ergebnisse eingeschränkt bleibt. Diesbezüglich ist eine umfassende störungsspezifische Verlaufsdagnostik externalisierender Verhaltensprobleme zukünftig notwendig.

Aussagekräftig ist die Auswertung störungsspezifischer Diagnoseinstrumente im Bereich internalisierender Probleme und im Bereich posttraumatischer Stresssymptome. Diesbezüglich konnten in den Bereichen Depression, Angst und Posttraumatische Stressbelastung

starke Remissionen der Symptomatik mit hoher bis sehr hoher Effektstärke im Therapieverlauf erzielt werden.

Die Auswertung der ACCESS-Datenbank des AZVT liefert somit erste wichtige Hinweise auf die sehr gute Wirksamkeit der ambulanten Verhaltenstherapie im Ausbildungszentrum, insbesondere im Bereich der Behandlung von Traumafolgestörungen und im Bereich der Behandlung von Angsterkrankungen und Depressionen.

Alle aktuellen Analysen wurden als „completer“ – Analysen berichtet. Weitere Analysen sollten die Möglichkeit der Verifizierung vorhandener Ergebnisse an größeren Stichproben und damit verbunden die Möglichkeit differenzierter Prädiktorenanalysen, „Intention-to-treat“ - Analysen unter Berücksichtigung von drop-out-Analysen oder Analysen unterschiedlicher Symptomcluster bieten.



8. Aktueller Stand zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Stand 1.9.2019)

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG 1998) regelt bisher zusammen mit der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV) die Ausbildung. Seit Inkrafttreten 1999 gilt der Beruf der Psychologischen Psychotherapeutin und des Psychologischen Psychotherapeuten bzw. der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als eigenständiger, geschützter Heilberuf mit gleichberechtigtem Zugang der gesetzlich krankenversicherten Personen zur psychotherapeutischen Versorgung, was zum damaligen Zeitpunkt als großer Fortschritt zu werten war. Im Rahmen der Approbationsordnungen konnte zudem eine entsprechend theoretisch und praktisch fundierte und umfangreiche postgraduale Ausbildung definiert und umgesetzt werden.

Nicht nur als Ergebnis des Forschungsgutachtens zur Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (2009), sondern auch aufgrund der Veränderungen in der Hochschullandschaft (Bologna Reform) und der wachsenden Bedeutung der nichtärztlichen Psychotherapie in der Versorgungsstruktur, wurde deutlich, dass Neustrukturierungsbedarf sowie massive Finanzierungslücken im Bereich der Ausbildung existieren.

Dies führt aktuell u. a. dazu, dass die Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer große Teile der Ausbildungskosten selbst tragen müssen. Auch strukturelle Aspekte der Ausbildung sowohl im wissenschaftlichen als auch praktischen Bereich haben sich mittlerweile verändert. Studium und therapeutische Ausbildung müssen daher besser aufeinander abgestimmt werden. Unklarheiten in Zugangsvoraussetzungen sowie die prekäre finanzielle Situation der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung machen eine Novellierung der gesetzlichen Regelungen letztendlich unabdingbar.

Im November 2014 sprach sich daher eine Mehrheit von zwei Dritteln der Verantwortlichen des 25. Psychotherapeutentages für eine Reform der Psychotherapeutenausbildung aus, die eine Approbation nach einem wissenschaftlichen Hochschulstudium auf Masterniveau umfasst.

Zudem sollen in einer anschließenden Weiterbildung („Fachpsychotherapeut“) Schwerpunkte in der Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen gesetzt werden, sowie eine vertiefte Qualifizierung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren erworben werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich dem Beschluss des Psychotherapeutentages, eine Reform der Aus- und Weiterbildungsstruktur zu initiieren, angeschlossen. Am 03.01.2019 wurde ein erster Gesetzesentwurf zur Neuregelung der Psychotherapeutenausbildung in Form eines wissenschaftlichen Masterstudiums, welches zur Approbation führt, veröffentlicht und seither von allen Verbänden und Parteien grundsätzlich begrüßt aber auch kritisch diskutiert.

Inhalte des Entwurfes, der in einer ersten Lesung im Mai 2019 im Parlament behandelt sowie im Gesundheitsausschuss angehört wurde, sind die Einführung eines Hochschulstudiums Psychotherapie, welches sich in ein dreijähriges Bachelor- und ein zweijähriges Masterstudium gliedert und mit einer staatlichen Approbationsprüfung zum „Psychotherapeuten“ endet. Das 300 ECTS umfassende Studium soll Kompetenzen über alle Altersgruppen hinweg sowie auch verfahrensbreit vermitteln, um zur Ausübung der Heilkunde zu befähigen.

Im Vergleich zum bisherigen Psychologiestudium wird es noch mehr praktische Anteile im Studium geben und kompetenzbezogene Vorgaben zum Lernzielkatalog Psychotherapie sollen von den Hochschulen in Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer formuliert werden; auch die Prüfungsstrukturen werden angepasst. Vorgesehen war anfänglich zudem ein Modellstudiengang psychopharmakologische Maßnahmen.

Voraussetzung für den Eintrag ins Arztregister und die Abrechnung mit dem Kassen soll nicht nur die Approbation nach erfolgreich absolviertem Studium sein, sondern auch eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen in einem Vertiefungsverfahren. Inhalte der Weiterbildungsordnung zu gestalten obliege dann der Psychotherapeutenkammer.

Die staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute sollen Bestandsschutz haben, solange sie die Ausbildung nach altem Gesetz noch durchführen. Die Auszubildenden, die ihre Ausbildung nach altem Recht bereits begonnen haben, dürfen diese noch beenden. Absolventinnen und Absolventen bzw. Studierende können die Ausbildung nach altem Gesetz noch beginnen, wenn sie diese innerhalb von 12 Jahren nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes beendet haben (bei Inkrafttreten des Gesetzes 2020 wäre dies 2032).

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) sowie diverse Berufsverbände, die Fraktionen und die Ärztekammer begrüßen den Gesetzesentwurf grundsätzlich, haben jedoch einige Punkte kritisch anzumerken:

So ist es beispielsweise nicht abschließend geklärt, wie die in Zukunft sozialversicherungspflichtig beschäftigten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Weiterbildung nach Abschluss ihres Studiums finanziert werden. Eine Refinanzierung über die Einnahmen durch ihre Versorgungstätigkeit deckt nicht den in der Weiterbildung zusätzlichen Bedarf an Supervision, Selbsterfahrung und spezifischer Theorie.

Eine Finanzierungsidee ist diesbezüglich bisher nicht aufgeführt. Die BPtK betont, dass für eine fachgerechte Weiterbildung nach dem Studium, Weiterbildungsinstitute als Nachfolger der Ausbildungsinstitute weiterhin benötigt werden, die die Weiterbildung im stationären und ambulanten Rahmen koordinieren, supervidieren, Selbsterfahrung und Theorie vermitteln.

Ein Vorschlag soll -vermutlich in Anlehnung an die Förderung der ambulanten Weiterbildung der Hausärzte- durch die BPtK entwickelt werden.

Auch die Beschränkung der Heilkundeerlaubnis auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren sowie die Regelstudienzeit von maximal 10 Semestern wurde kritisiert.

Der Modellstudiengang Psychopharmakologie wird von der BPTK abgelehnt.

Vom Berufsverband des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird u.a. nochmals darauf hingewiesen, dass es im Rahmen des geplanten altersübergreifenden Hochschulstudiums Psychotherapie besonders wichtig ist, auch theoretisches und praktisches Wissen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu integrieren.

Die deutsche Gesellschaft für Psychologie betont die Evidenzbasierung der Ausbildung und fordert u.a. die zeitliche Limitierung durch das Wissenschaftszeitgesetz zu erhöhen angesichts der parallelen Weiterbildung. Zudem wird von einer Fixierung traditioneller Therapieverfahren abgeraten zugunsten innovativer evidenzbasierter Methoden und Verfahrensweiterentwicklungen.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer kritisiert u.a. die Ausgliederung der Behandlung aus dem medizinischen Versorgungssystem, sowie die zu unspezifische Berufsbezeichnung Psychotherapeut, den Modellstudiengang Psychopharmakologie und den aus ihrer Sicht zu geringen Praxisanteil im Studium. Ein Zusammenschluss der Berufsverbände u.a. der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) merkt kritisch an, dass die berufspraktischen Einsätze im Bachelor und Masterstudium nicht gesetzlich geregelt sind und es diesbezüglich Regelungen zur Kooperation mit medizinischen Fakultäten geben sollte, ebenso müssen Verantwortungen für Unterrichtsinhalte und klinische Tätigkeit geregelt werden, Befugniserweiterungen wie z.B. das Verordnen von Ergotherapie durch Psychotherapeuten wird von dieser abgelehnt.

Im Rahmen der Berufsfachtagung verschiedener Fachverbände am 25.06.2019 wurden genannte Aspekte ebenso kritisch diskutiert. Vor allem die unklare Finanzierung der Weiterbildungsteilnehmerinnen und Weiterbildungsteilnehmer, die Wahrung der Verfahrensvielfalt und individualisierter Therapien, die aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung zu kurze Übergangsregelung und geforderte Besserstellung der Auszubildenden nach dem alten System in der Übergangszeit, um eine „Zwei-Klassen-Gesellschaft“ zu vermeiden sowie die noch nicht vorliegende Approbationsordnung.

Die vielen kritischen Stellungnahmen und Parteipetitionen zeigen, dass Überarbeitungs- und Nachbesserungsbedarf besteht. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass die geplante Verabschiedung des Gesetzes zur Reform im Bundestag noch vor der Sommerpause aufgrund des ausstehenden Abstimmungsbedarfs zwischen den Fraktionen verschoben wurde und mit einer Fortsetzung der Debatte im Herbst gerechnet wird.

9. Zusammenfassung der Evaluation

Der vorliegende Qualitätsbericht widmete sich der umfassenden Evaluation der Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am Ausbildungszentrum für Verhaltenstherapie (AZVT) an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie/Psychotherapie Ulm und ist kontextuell in anstehende Reformen des Psychotherapeutengesetzes eingebettet.

Das AZVT wird von einem hochqualifizierten Team von approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten geleitet, so dass die Altersspanne der behandelten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 – 21 Jahren sowie die fachliche Begleitung der sorgeberechtigten Personen umfassend abgebildet wird.

Mit der Ausbildungszentrumsleitung durch Herrn Prof. Dr. Jörg M. Fegert ist eine umfassende Vertretung der Ausbildungsbelange in den fachlichen Gremien des Universitätsklinikums Ulm gewährleistet.

Annähernd 100 Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer und weitere 30 Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer haben die Ausbildung im Zeitraum 2009–2019 absolviert. 40 Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer haben die staatliche Approbationsprüfung mit einer Durchschnittsnote von 1,6 „gut“ bestanden. Die durchschnittliche Ausbildungsdauer beträgt 4,29 Jahre, liegt damit unter der ermittelten durchschnittlichen Ausbildungsdauer des 1991 veröffentlichten Forschungsgutachtens zum Psychotherapeutengesetz von 4,7 Jahren und spricht für die Möglichkeit der Vereinbarkeit von Ausbildung, Familie und wissenschaftlicher Fortqualifizierung.

Die Ausbildung am AZVT ist durch Diversität gekennzeichnet. Dies spiegelt sich in der beruflichen Zusammensetzung der Ausbildungsjahrgänge (Psychologen: ca. 50%), der heterogenen Altersstruktur (26-30 Jahre: ca. 50%) und damit verbunden einem unterschiedlichen beruflichen Erfahrungshorizont wieder.

Dass die beschriebene Diversität bei überschaubaren Ausbildungsjahrgängen (Durchschnitt: 11 Teilnehmerinnen und Teilnehmer / Jahrgang) als bereichernd erlebt wird, spiegelt die Evaluation der einzelnen Ausbildungsbausteine wider: Die Theorieausbildung wird als „sehr gut“ (Durchschnittsnote: 1,4), die Praktische Tätigkeit mit 10 hauseigenen Plätzen sowie 37 Plätzen an externen Kooperationseinrichtungen als „gut bis sehr gut“ (Durchschnittsnote: 1,8) und die Praktische Ausbildung in der hauseigenen Ausbildungsambulanz und 2 Kooperationseinrichtungen wird als „sehr gut“ (Durchschnittsnote: 8,5; Range: 0-10) bewertet.

Die AZVT-Ausbildungsambulanz erbringt mit der jährlichen therapeutischen Behandlung von durchschnittlich 240 „sehr zufriedenen“ Patientinnen und Patienten („Fällen“) sowie „sehr zufriedenen“ Sorgeberechtigten mit durchschnittlich 30 Ausbildungstherapeutinnen und -therapeuten einen substanziellen Beitrag zur qualitativ hochwertigen und evidenz-

basierten psychotherapeutischen Versorgung an der Grenze der Versorgungsgebiete Baden-Württemberg und Bayern (70%: Ulm, Neu-Ulm, Alb-Donau-Kreis).

Dabei können trotz der Komplexität der behandelten Störungsbilder mit durchschnittlich 2 Diagnosen nach ICD-10 sehr gute Behandlungserfolge insbesondere in den Bereichen Angst, Depressivität und Posttraumatische Belastungsstörung sowie eine deutliche Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus von „mäßig beeinträchtigt“ bis „leicht beeinträchtigt“ erzielt werden. Eine besondere Rolle kommt der Traumaambulanz des AZVT zu, in welcher annähernd 12% aller Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfolgreich behandelt werden konnten.

10. Schlussfolgerung und Ausblick

Offene Fragen zur Reform des Psychotherapeutengesetzes führen aktuell zu Verunsicherungen bei Studierenden, Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern und durchführenden Institutionen. Die zukünftige Herausforderung liegt in der dringenden Notwendigkeit eines fachlichen und kollegialen Austausches zwischen den beteiligten Professionen, durchführenden Institutionen wie Universitäten und Universitätsklinika, Ausbildungsinstituten und Kooperationseinrichtungen, um angehenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Fachpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten auch künftig eine Ausbildung auf hohem fachlichen Niveau bieten zu können.

In diesem Zusammenhang ist es äußerst erfreulich, dass bestehende universitäre Ausbildungsinstitute wie das AZVT ein breites fachliches und organisatorisches „know how“ in die zukünftige Ausbildungsgestaltung einbringen können.

Nach anfänglicher Unterstützung durch das Universitätsklinikum Ulm ist das AZVT stabil in der Lage, eine ausgeglichene finanzielle Balance zwischen den Ausgaben eines Ausbildungsinstitutes und den Einnahmen durch Ausbildungskosten und die ambulante Patientenversorgung zu wahren.

Ein Alleinstellungsmerkmal von Ausbildungsinstituten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Gegensatz zu Ausbildungsinstituten für Psychologische Psychotherapie ist die Integration von Masterabsolventinnen und -absolventen sozialpädagogischer und pädagogischer Fächer in die Ausbildung und damit auch der Import eines breiten fachlichen Vorwissens, welches von den Auszubildenden als wesentliche Bereicherung wahrgenommen wird.

Personen mit pädagogischem beruflichen Hintergrund kam in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bereits seit Einführung der „Kinderanalyse“ durch Anna Freud eine herausragende Bedeutung zu. In dieser Tradition ist auch in der heutigen Zeit ein starkes Interesse von (Sozial-)Pädagoginnen und -pädagogen an der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Ausbildung zu verzeichnen. Diese Kolleginnen und Kollegen zeigen aktuell starke Bestrebungen, ihre Ausbildung vor dem Hintergrund des fehlenden Zugangs-

weges nach Inkrafttreten des Reformgesetzes zur Psychotherapieausbildung schnellst möglichst zu beginnen.

Die Wahrung von Synergieeffekten psychologischer und pädagogischen Fachwissens im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist daher eine der großen Herausforderungen für die Zukunft. Des Weiteren ist die starke Verknüpfung zwischen wissenschaftlichen Projektgruppen und psychotherapeutischem Wissen ein Alleinstellungsmerkmal universitärer Ausbildungsinstitute, welches sich im AZVT in der hohen Anzahl wissenschaftlicher Publikationen auf dem Gebiet der Psychotherapie- und Versorgungsforschung und in der Entwicklung spezialisierter Psychotherapieangebote, beispielsweise im Traumabereich, widerspiegelt.

Zusammenfassend sollte es auch in der zukünftigen gesetzlichen Ausgestaltung das erklärte Ziel sein, gebührende Rahmenbedingungen für die universitäre Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung zu erhalten und innovativ neu zu definieren.



11. Anhang

11.1. Wissenschaftliche Veröffentlichungen im Rahmen der Sektion Psychotherapieforschung mit Ausbildungszentrum für Verhaltenstherapie (AZVT)*

- Abbott, J., Elborn J.S., Georgiopoulos, A.M., Goldbeck, L., Marshall, B.C., Sabadosa, K.A., Smith B.A., & Quittner, A.L. (2015). Cystic Fibrosis Foundation and European Cystic Fibrosis Society Survey of cystic fibrosis mental health care delivery. *Journal of Cystic Fibrosis*, 14, (4), 533-9.
- Abbott, J., Hart, A., Havermans, T., Matossian, A., Goldbeck, L., Barreto, C., Bersten-Brucefors, A., Besier, T., Catastini, P., Lupi, F., & Staab, D. (2010). Measuring health-related quality of life in clinical trials in cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis*, 9, (3), 73-76.
- Aleissa, M. A., Fluke, J.D., Gerbaka, B., Goldbeck, L., Gray, J., Hunter, N., & Tonmyr, L. (2009). A commentary on national child maltreatment surveillance systems: Examples of progress. *Child abuse & neglect*, 33 (11), 809-814.
- Baumann I., Künzel J., Goldbeck L., Tutus D., & Niemitz M. (submitted). Prolonged grief, posttraumatic stress and depression among bereaved parents: Prevalence and response to an intervention program. *OMEGA - Journal of Death and Dying*.
- Baumann, I., Niemitz, M., & Goldbeck, L. (2017). Psychometric Properties of the German Version of the Sibling Perception Questionnaire (SPQ). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 67, (11), 485-490.
- Bernheim, D., Becker, M., Gander, M., Lischke, A., Mentel, R., Buchheim, A., & Freyberger, H.J. (2016). Einfluss und Veränderung der Selbstlenkungsfähigkeit in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). *Psychiatrische Praxis*, 43, 1-7.
- Bernheim, D., Buchheim, A., Domin, M., Mentel, R., Lischke, A., Gander, M., Freyberger, H.J., & Lotze, M. (in prep.). Neural correlates of the activated internal working model of attachment in patients with Borderline Personality Disorder and Healthy control subjects: An fMRI study. *Biological Psychiatry*
- Bernheim, D., Gander, M., Keller, F., Becker, M., Lischke, A., Mentel, R., Freyberger, J.H., & Buchheim, A. (2019). The Role of Attachment Characteristics in Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 1-11.
- Bernheim, D., Gander, M., Kriegel, S., Becker, M., Lischke, A., Mentel, R., Freyberger, H.J., & Buchheim, A. (2018). Veränderung von Bindungsmerkmalen im Verlauf einer Dialektisch-Behavioralen Therapie für Borderline-Patientinnen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66 (2), 119-131

* Ausgewählte Publikationen, Änderungen vorbehalten

- Besier, T., Born, A., Henrich, G., Hinz, A., Quittner, A. L., Goldbeck, L., & TIDES Study Group (2011). Anxiety, depression, and life satisfaction in parents caring for children with cystic fibrosis. *Pediatric pulmonology*, 46 (7), 672-682.
- Besier, T., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry*, 24 (7), 483-489.
- Besier, T., Fuchs, B., Rosenberger, T., & Goldbeck, L. (2011). Evaluation of an inpatient parent-child-rehabilitation program: symptoms of psychological distress and quality of life. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 61 (9-10), 418-425.
- Besier, T., & Goldbeck, L. (2011). Anxiety and depression in adolescents with CF and their caregivers. *Journal of Cystic Fibrosis*, 10, 435-42.
- Besier, T., & Goldbeck, L. (2012). Growing up with cystic fibrosis: achievement, life satisfaction, and mental health. *Quality of Life Research*. 21, 1829-35.
- Besier, T., Hölling, H., Schlack, R., West, C., & Goldbeck, L. (2010). Impact of a family-oriented rehabilitation program on behavioural and emotional problems in healthy siblings of chronically ill children. *Child: Care Health and Development*, 36, 686-95.
- Bohnacker, I., & Goldbeck, L. (2017). Family-Based Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with Three Siblings of a Refugee Family, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66 (8), 614-628.
- Borth-Bruhns, T., Goldbeck, L., & Gunst, D.C.M. (2010). Quality of life in children after surgery on cardiopulmonary bypass. *Chirurgische Praxis*, 72 (4), 661-670.
- Borth-Bruhns, T., Gunst, D.C.M., Besier, T., West, C., & Goldbeck, L. (2009). And what about the Rest of the Family?: Quality of life and behavioral disorders in families of patients with chronic heart disease prior to and following a family orientated rehabilitation. In *Clinical Research in Cardiology*, 98 (9), 595-596.
- Bradley, J.M., Madge, S., Morton, A.M., Quittner, A.L., Elborn, J.S.; Allied Health and Nursing Professions Working Group, European Cystic Fibrosis Society. Collaborators: Abbott, J., Armoni, S., Assae, B., Bradley, J., Bregnballe, V., Bryon, M., Button, b., Cordioli, S., Corey, M., DeBoeck, C., Elborn, J.S., Elkins, M., Gardner.McCrum, E., Gravelle, A., Glasscoe, C., Goldbeck, L., Havermans, T., Hug, M., Hunstad, E.J., Kent, L., Kirszenbaum, M., Madge, S., Main, E., Morton, A., McIlwaine, M., Prasad, A., Pypops, U., Quittner, A.L., Sims, J., Tartali, C., Van der Weil, E., & Wolfe, S. (2012). Cystic fibrosis research in allied health and nursing professions. *Journal of Cystic Fibrosis*, 11, 387-92.
- Braig, S., Genuneit, J., Walter, V., Brandt, S., Wabitsch, M., Goldbeck, L., & Rothenbacher, D. (2018). Screen Time, Physical Activity and Self-Esteem in Children: The Ulm Birth Cohort Study. *International journal of environmental research and public health*, 15 (6), 1275.

- Bush, A., Anthony, G., Barbato, A., Cunningham, S., Clement, A., Epaud, R., Gilbert, C., Goldbeck, L., Kronfeld, K., Nicholson, A. G., Schwerk, N., & Griese, M. (2013). Research in progress: put the orphanage out of business. *Thorax*, 68 (10), 971-973.
- Bush, A., Barbato, A., Clement, A., Cunningham, S., de Blic, J., Gilbert, C., Goldbeck, L., Kiper, N., Schwerk, N., & Griese, M. (2016). European idiopathic pulmonary fibrosis patient charter: a missed opportunity. *European Respiratory Journal*, 48 (1), 282-283.
- de Haan, A., Ganser, H. G., Münzer, A., Witt, A., & Goldbeck, L. (2017). Dysfunctional maltreatment-related cognitions in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11 (1), 31.
- de Haan, A., Keller, F., Ganser, H. G., Münzer, A., Witt, A., & Goldbeck, L. (2019). Longitudinal associations between dysfunctional maltreatment-related cognitions and psychopathology in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 32 (4), 496-505.
- de Haan, A., Tutus, D., Goldbeck, L., Rosner, R., & Landolt, M. A. (2019). Do dysfunctional posttraumatic cognitions play a mediating role in trauma adjustment? Findings from interpersonal and accidental trauma samples of children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 10 (1), 1596508.
- de Haan, A., Petermann, F., Meiser-Stedman, R., & Goldbeck, L. (2016). Psychometric properties of the German version of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI-GER). *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 151-158.
- Dieluweit, U., Besier, T., Debatin, K.-M., Grabow, D., Kaatsch, P., & Goldbeck, L. (2011). Utilization of psychosocial care and oncological follow-up assessments among German long-term survivors of cancer with onset during adolescence. *Klinische Pädiatrie*, 223, 152-158.
- Dieluweit, U., Debatin, K.-M., Debling, D., Kaatsch, P., Peter, R., Seitz, D., & Goldbeck, L. (2010). Social outcomes of long-term survivors of adolescent cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 1277-84.
- Dieluweit, U., Debatin, K.-M., Grabow, D., Kaatsch, P., Peter, R., Seitz, D.C.M., & Goldbeck, L. (2011). Educational and vocational achievement among long-term survivors of adolescent cancer in Germany. *Pediatric Blood and Cancer*, 56, 432-438.
- Dieluweit, U., & Goldbeck, L. (2012). Psychosoziale Spätfolgen nach Krebs im Kindes- und Jugendalter. *Pädiatrische Praxis*, 79 (1), 39-42.
- Domhardt, M., Goldbeck, L., & Fegert, M. F. (2012). Resilience of Children Exposed to Sexual Abuse – A Systematic Review of the Literature.
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J.M., & Goldbeck, L. (2014). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, Published online before print November 10, 2014.

- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J.M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience of Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16 (4), 476-93.
- Downey, D. G., Goldbeck, L., Havermans, T., Latchford, G., McCormick, J., & Robinson, P. (2015). WSog. 7 The CF CARE programme for adherence training in the CF multidisciplinary team. *Journal of Cystic Fibrosis*, 14, 18.
- Fegert, J.M., Münzer, A., & Rassenhofer, M. (2019). Sexueller Missbrauch. In Kölch, M., Rassenhofer, M., & Fegert, J.M. (Hrsg.). *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie*. Springer: Berlin.
- Fegert, J.M., Sukale, T., & Brown, R.C., (2018). "Mental Health Service Provision for Child and Adolescent Refugees: European Perspectives", *Understanding Uniqueness and Diversity in Child and Adolescent Mental Health*, Elsevier, 195-222.
- Fidika, A., & Goldbeck, L. (2015). 278 Depression, anxiety and adherence to inhalation therapy in adolescents and adults with cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis*, 14, 129.
- Fidika, A., Herle, M., Knaevelsrud, C., Lehmann, C., Weiss, C., & Goldbeck, L. (2013). Parent's satisfaction with an internet-based supportive intervention for parents of children with cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis*, 12, 132.
- Fidika, A., Herle, M., & Goldbeck, L. (2012). Do symptoms of depression determine the course of lung function in patients with cystic fibrosis?. *Journal of Cystic Fibrosis*, 11, 138.
- Fidika, A., Herle, M., & Goldbeck, L. (2014). Symptoms of depression impact the course of lung function in adolescents and adults with cystic fibrosis. *BMC pulmonary medicine*, 14 (1), 205.
- Fidika, A., Herle, M., Herschbach, P., & Goldbeck, L. (2015). Fear of disease progression questionnaire for parents: Psychometric properties based on a sample of caregivers of children and adolescents with cystic fibrosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 79 (1), 49-54.
- Fidika, A., Herle M., Lehmann, C., Weiss C., Knaevelsrud, C., & Goldbeck, L. (2015). A web-based psychological support program for caregivers of children with cystic fibrosis: a pilot study. *Health and quality of life outcomes*, 13, 11.
- Fidika, A., Salewski, C., & Goldbeck, L. (2013). Quality of life among parents of children with phenylketonuria (PKU). *Health and quality of life outcomes*, 11 (1), 54.
- Ganser, H.G., Fegert, J.M., Eberle-Sejari, R., Münzer, A., Rosner, R., & Seitz, D.C.M. et al. (2012). CANMANAGE Interventionmanual: „The case manager at work". (3 ed.). retrieved from canmanage.de/wp/?page_id=1278.

- Ganser, H. G., Münzer, A., Gunst, D. C. M., Witt, A., & Goldbeck, L. (2015). [In Process Citation]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64 (3), 172-87.
- Ganser, H.G., Münzer, A., Seitz, D.C., Witt, A., & Goldbeck, L. (2015). Improving Access to Evidence Based Interventions for Children and Adolescents with Mental Disorders After Child Abuse and Neglect. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64 (3), 172-187.
- Ganser, H.G., Münzer, A., Plener, P.L., Witt, A., & Goldbeck, L. (2016). Kinder und Jugendliche mit Misshandlungserfahrungen: bekommen sie die Versorgung, die sie brauchen? *Bundesgesundheitsblatt*, 59 (6), 803-810.
- Ganser, H.G., Plener, P.L., Witt, A., & Goldbeck, L. (2017). Behandlungsbedarf nach Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung - Chancen der Früherkennung und Frühintervention, *Kinder- und Jugendmedizin*, 17 (1), 33-37.
- Ganser, H.G., Münzer, A., Witt, A., Plener, P.L., Muche, R., Rosner, R., Hagl, M., & Goldbeck, L. (2017). Effectiveness of manualized case management on utilization of evidence-based treatments for children and adolescents after maltreatment: A randomized controlled trial, *Child abuse & neglect*, 67, 371-382.
- Glaesmer, H., Sonntag, A., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., & Freyberger, H. (2009). Psychotherapist training from the perspective of the graduates: results of a survey of graduates in Germany. *Psychotherapeut*, 54 (6), 437-444.
- Goldbeck, L. (2009). Supportive interventions to enhance the mental health of children-an under researched field. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3 (1), 31.
- Goldbeck, L. (2010). Buchbesprechung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (2), 130-131.
- Goldbeck, L. (2011). How specific is the evidence base for child and adolescent psychotherapy? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60 (8), 639-648.
- Goldbeck, L. (2012). Psychologischer Kommentar zum Fallbericht von Führer, M. Therapieentscheidungen bei minderjährigen Patienten – Einwilligung und Vorausverfügung. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 58, 269-271.
- Goldbeck, L. (2015). Auffälligkeiten und Hinweiszeichen bei sexuellem Kindesmissbrauch. *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen*. Berlin, Heidelberg: Springer, 145-153.
- Goldbeck, L. (2015). Findings from qualitative studies suggest parents of children with disabilities benefit from peer support; whereas findings from quantitative studies are inconclusive. *Evidence-based nursing*, 18 (1), 9-9.

- Goldbeck, L. (2015). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit somatischen Krankheiten. *Pädiatrie: Grundlagen und Praxis*, 1-5.
- Goldbeck, L. (2016). The power of mental adaptation to genetic abnormality. *Journal of Cystic Fibrosis*, 15 (5), 559-560.
- Goldbeck, L., Allroggen, M., Münzer, A., Rassenhofer, M., & Fegert, J.M. (2017). Ratgeber Sexueller Missbrauch. Informationen für Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe.
- Goldbeck, L., Allroggen, M., Münzer, A., Rassenhofer, M., & Fegert, J.M. (2017). Sexueller Missbrauch. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Goldbeck, L., Besier, T., Hinz, A., Singer, S., Quittner, A., & the TIDES study group (2010). Prevalence of anxious and depressive symptoms in German patients with cystic fibrosis. *American College of Chest Physicians*, 138, 929-936.
- Goldbeck, L., Besier, T., Schmid, M., & Fegert, J. M. (2009). Aufforderung zur interdisziplinären pädagogischen und jugendpsychiatrischen Versorgung. Die Ulmer Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. *Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie*, 27, 12-14.
- Goldbeck, L., Borth-Bruns, T., & Seitz, D. Lebensqualität bei Kindern nach Operation an der Herz-Lungen-Maschine [Quality of life in children after surgery on the heart-lung machine]. *Pädiatrische Praxis*, in press.
- Goldbeck, L., Daseking, M., Hellwig-Brida, S., Waldmann, H.-C., & Petermann, F. (2010). Sex differences on the German Wechsler Intelligence Test for Children (WISC-IV). *Journal of Individual Differences*, 31, 22-28.
- Goldbeck, L., & Ellerkamp, T. (2012). A Randomized Controlled Trial of Multimodal Music Therapy for Children with Anxiety Disorders. *Journal of Music Therapy*, 49, 395-413.
- Goldbeck L., Fidika A., Herle M., & Quittner A.L. (2015). Cochrane corner: psychological interventions for individuals with cystic fibrosis and their families. *Thorax*, 70 (11), 1089-91.
- Goldbeck, L., Fidika, A., Heuer, H. E., Junge, S., Smaczny, C., & Reimann, A. (2015). WS09. 3 Professional quality of life among CF healthcare providers. *Journal Of Cystic Fibrosis*, 14, 17.
- Goldbeck, L., Hebestreit, H., Heuer, H., Junge, S., Sens, B., Smaczny, C., Frank, M., & Reimann, A. (2013). VEMSE-CF-A prospective controlled care-research study investigating the effects of a comprehensive psychosocial intervention. *Pediatric Pulmonology*, 48, 430-431.

- Goldbeck, L., Herle, M., & Fidika, A. (2012). 318 Prediction of lung function by psychological symptoms and life satisfaction in patients with cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis*, 11, 138.
- Goldbeck, L., Hölling, I., Schlack, R., West, C., & Besier, T. (2011). The impact of a family-oriented rehabilitation program on parent-reported psychological symptoms of chronically ill children. [Effekte stationärer familienorientierter Rehabilitation auf die von Eltern berichtete psychologische Symptomatik chronisch körperlich kranker Kinder und Jugendlicher]. *Klinische Pädiatrie*, 223, 79-84.
- Goldbeck, L., & Jensen, T. K. (2017). The diagnostic spectrum of trauma-related disorders in children and adolescents. In *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents*, Cham: Springer, 3-28.
- Goldbeck, L., Kirsch, V., Seitz, D. C. M., & Fegert, J. M. (2012). Trauma-focused cognitive behavioral therapy (Tf-CBT) for children and adolescents after abuse and maltreatment. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 5 (60), 112.
- Goldbeck, L., Knaevelsrud, C., Lehmann, C., Weiss, C., Fidika, A., & Herle, M. (2013). Development and evaluation of an internet-based psychological intervention for parents of children with cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis*, 12, 132.
- Goldbeck, L., Muche, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). Effectiveness of Trauma-focused Cognitive Behavioural Therapy (Tf-CBT) for children and adolescents: a randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85 (3), 159-170.
- Goldbeck, L., & Münzer, A. (2015). Trauma -Screening und rasche Vermittlung in Therapie. In Fegert, J.M., & Wolff, M. (Hrsg.), Kompendium »Sexueller Missbrauch in Institutionen« - Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. *Beltz*, 509-519.
- Goldbeck, L., & Petermann, F. (2010). Problematische Verstrickungen eines Kindertherapeuten. *Verhaltenstherapie*, 20 (3), 215-216.
- Goldbeck, L., & Petermann, F. (2013). Posttraumatic stress disorder. *Kindheit und Entwicklung*, 22 (2), 57-60.
- Goldbeck, L., & Rueffer, J. U. (2011). Late effects of cancer. *Nervenheilkunde*, 30 (3), 164-168.
- Goldbeck, L., & Schmid, M. (2010). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze für die Behandlung von komplex traumatisierten Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59 (6), 453-476.
- Goldbeck, L., & Schneider S. Kindesmisshandlung und Kindeswohlgefährdung. *Lehrbuch der Verhaltenstheorie*, 793-799.

- Goldbeck, L., & Seitz, D.C.M. (2012). Das Traumanarrativ in der Kinderpsychotherapie. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 37, 345-355.
- Goldbeck, L., & Seitz, D.C.M. (2012). Psychosocial Aftercare for Survivors of Pediatric Cancer. *Klinische Pädiatrie*, 224 (02), A5.
- Goldbeck, L., & Vitiello, B. (2011). Reporting Clinical Trials of Psychosocial Interventions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5 (1), 4.
- Goldbeck, L., Wallenwein, A., Herle, M., & Quittner, A. L. (2014). Psychological interventions for individuals with cystic fibrosis and their families. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Goldbeck, L., Wallenwein, A., Reimann, A., Hebestreit, H., Heuer, H. E., Junge, S., Sens, B., Smaczny, C., & von der Schulenberg, J. M. (2014). 280 VEMSE-CF: psychosocial characteristics of patients participating in a prospective controlled care research study. *Journal of Cystic Fibrosis*, 13, 119.
- Griese, M., Seidl, E., Hengst, M., Reu, S., Rock, H., Anthony, G., & Goldbeck, L. (2017). International management platform for children's interstitial lung disease (chILD-EU). *Thorax*, 73 (3), 231-239.
- Gunst, D.C.M., Borth-Bruhns, T., & Goldbeck, L. (2009). Quality of life in children after surgery on cardiopulmonarybypass. *Padiatrische Praxis*, 73 (4), 621-630.
- Gunst, D. C. M., Kaatsch, P., & Goldbeck, L. (2016). Seeing the good in the bad: which factors are associated with posttraumatic growth in long-term survivors of adolescent cancer?. *Supportive Care in Cancer*, 24 (11), 4607-4615.
- Hellwig-Brida, S., Daseking, M., Keller, F., Petermann, F., & Goldbeck, L. (2011). Effects of methylphenidate on intelligence and attention components in boys with ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21, 245-253.
- Hellwig-Brida, S., Daseking, M., Petermann, F., & Goldbeck, L. (2010). Intelligenz- und Aufmerksamkeitsleistungen von Jungen mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 299-308.
- Hellwig-Brida, S., Mangold, S., & Goldbeck, L. (2009). The parent questionnaire "ADHD-knowledge and motivation for treatment"-development and first results. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37 (5), 441-449.
- Henrich, G., Goldbeck, L., Schmitz, T. G., & Besier, T. (2010). Measuring life satisfaction in children and adolescents: psychometric properties of the "Questions on Life Satisfaction" FLZ (KJ). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60 (6), 219-226.

- Herle, M., Knaevelsrud, C., Lehmann, C., Wallenwein, A., Weiss, C., & Goldbeck, L. (2017). Psychologische Onlineberatung und-therapie für Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen. *Kinder-und Jugendmedizin*, 17 (01), 38-42.
- Hirschmiller, J., Fleischmann, B., Pfeiffer, E., & Goldbeck, L. (2017). Das Projekt "Mein Weg": Traumafokussierte Gruppenintervention für junge Flüchtlinge in der Jugendhilfe. *Das Jugendamt*, 12, 585-588.
- Hirschmiller, J., Plener, P.L., & Pfeiffer, E. (2019). Social Workers Implementing a Trauma-Focused Intervention for Refugees: The Role of Self-Efficacy. Manuscript submitted for publication.
- Hohmann, C., Borgmann-Staudt, A., Rendtorff, R., Reinmuth, S., Holzhausen, S., Willich, S.N., Henze, G., Goldbeck, L., & Keil, T. (2011). Patient Councelling on the Risk of Infertility and its Impact on Childhood Cancer Survivors: Results from a National Survey. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2, 274-285.
- Imhof, M., Eberle-Sejari, R., Hagl, M., Bruschi, F., Dieffenbach, R., Ganser, H. G., & Goldbeck, L. (2018). Erfahrungen mit einem kultur-und migrationspezifischen Workshop für Fachkräfte der Kinder-und Jugendhilfe in der Arbeit mit misshandelten Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47 (3), 1-7.
- Jud, A., Pfeiffer, E., & Jarczok, M. (2019). Epidemiology of violence against children in migration: A systematic literature review. Manuscript submitted for publication.
- Kirsch, V., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2010). Psychological sequelae among survivors of school shootings. *Nervenheilkunde*, 29 (7-8), 456-459.
- Kirsch, V., Fegert, J.M., Seitz, D.C.M., & Goldbeck, L. (2011). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT) bei Kindern und Jugendlichen nach Missbrauch und Misshandlung: Ergebnisse einer Pilotstudie [Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy (Tf-CBT) for children and adolescents after abuse and maltreatment: results of a pilot study]. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 95-102.
- Kirsch, V., & Goldbeck, L. (2013). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*. *Kindheit und Entwicklung* 22 (2), 87-96.
- Kirsch, V., Keller, F., Tutus, D., & Goldbeck, L. (2018). Treatment expectancy, working alliance, and outcome of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 12 (1), 16.
- Kirsch, V., Wilhelm, F.H., & Goldbeck, L. (2011). Psychophysiological characteristics of posttraumatic stress disorders in children and adolescents: a review of the literature. *Journal of Traumatic Stress*, 24 (2), 146-154.

- Kirsch V., Wilhelm F.H., & Goldbeck L. (2015). Psychophysiological characteristics of pediatric posttraumatic stress disorder during script-driven traumatic imagery. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 254-71.
- Kohl, S., Barnow, S., Braehler, E., Fegert, J. M., Fliegel, S., Freyberger, H. J., & Michels-Lucht, F. (2009). Psychotherapy training from the perspective of the trainers: Results of a surveys made among lectures, supervisors and leaders of self-awareness groups within the framework of the research report. *Psychotherapeut*, 54 (6), 445-456.
- Lindebø Knutsen, M., Sachser, C., Holt, T., Goldbeck, L., & Jensen, T. K. (2019). Trajectories and possible predictors of treatment outcome for youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Lingen, M., Albers, L., Borchers, M., Haass, S., Gärtner, J., Schröder, S., Goldbeck, L., von Kreis, R., Brockmann, K., & Zirn, B. (2016). Obtaining a genetic diagnosis in a child with disability: impact on parental quality of life. *Clinical genetics*, 89 (2), 258-266.
- Niemitz, M., Seitz, D. C. M., Oebels, M., Schranz, D., Hövels-Gürich, H. H., Hofbeck, M., Kaulitz, R., Galm, C., Schmitt, B., Nagdymann, N., Stiller, B., Broth-Bruhns, T., Konzag, I., Balmer, C., & Goldbeck, L. (2013). The development and validation of a health-related quality of life questionnaire for pre-school children with a chronic heart disease. *Quality of Life Research*, 22 (10).
- Münzer, A., Fegert, J.M., & Goldbeck, L. (2016). Psychological symptoms of sexually victimized children and adolescents compared with other maltreatment subtypes. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25 (3), 326-346.
- Münzer, A., Ganser, H.G. & Goldbeck, L. (2017). Social support, negative maltreatment-related cognitions and posttraumatic stress symptoms in children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 63, 183-191.
- Münzer, A., & Goldbeck, L. (2014). Sexuelle Traumatisierung bei Heimkindern. *Psychotherapie im Dialog*, 15 (01), 44-46.
- Münzer, A., Rosner, R., Ganser, H.G., Naumann, A., Plener, P.L., Witt, A., & Goldbeck, L. (2018). Usual care for maltreatment-related pediatric posttraumatic stress disorder in Germany. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 46, 135-141.
- Nestler, J., & Goldbeck, L. (2010). Multimethodale Diagnostik sozialer Kompetenz lernbehinderter Jugendlicher und junger Erwachsener. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 42, 39-47.
- Nestler, J., & Goldbeck, L. (2011). A pilot study of social competence group training for adolescents with borderline intellectual functioning and emotional and behavioural problems (SCT-ABI). *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 231-241.

- Niemitz, M., & Goldbeck, L. (2017). Outcomes of an enhancement study with additional psychoeducational sessions for healthy siblings of a child with cancer during inpatient family-oriented rehabilitation. *Psycho-oncology*, 27 (3), 892-899.
- Niemitz, M., Gunst, D., Hövels-Gürich, H., Hofbeck, M., Kaulitz, R., Galm, C., Berger, F., Nagdyman, N., Stiller, B., Borth-Bruhns, T., Konzag, I., Balmer, C., & Goldbeck, L. (2017). Predictors of health-related quality of life in children with chronic heart disease. *Cardiology in the young*, 27 (8), 1455-1464.
- Niemitz, M., Schwerk, N., Goldbeck, L., & Griese, M. (2018). Development and validation of a health-related quality of life questionnaire for pediatric patients with interstitial lung disease. *Pediatric pulmonology*, 53(7), 954-963.
- Osterheider, M., Banse, R., Briken, P., Goldbeck, L., Hoyer, J., Santtila, P., & Eisenbarth, H. (2012). Frequency, Explanations and Consequences of sexual violence against Children and Adolescents: the objectives of the Germany Mikado Project. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 25(3), 286-292.
- Osterheider, M., Banse, R., Briken, P., Goldbeck, L., Hoyer, J., Santtila, P., Turner, D., & Eisenbarth, H. (2011). Frequency, etiological models and consequences of child and adolescent sexual abuse: Aims and goals of the German multi-site MiKADO project. *Sexual offender treatment*, 7 (2).
- Oswald, S.H., Fegert, J.M., & Goldbeck, L. (2010). Post-Traumatic Stress Symptoms in Foster Children Following Maltreatment and Neglect. [Traumafolgestörungen bei Pflegekindern nach Misshandlung und Vernachlässigung.] (English Version of) *Verhaltenstherapie*, 20, 37-44.
- Oswald, S. H., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2010). Traumafolgestörungen bei Pflegekindern nach Misshandlung und Vernachlässigung. *Verhaltenstherapie*, 20 (1), 37-44.
- Oswald, H.S., Fegert, J.M., & Goldbeck, L. (2012). Therapiemöglichkeiten für traumatisierte Pflegekinder. *PFAD Fachzeitschrift für die Pflege- und Adoptivkinderhilfe*, 26, 9-11.
- Oswald, S. H., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2013). Evaluation of a training program for child welfare case workers on trauma sequelae in foster children. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62 (2), 128-141.
- Oswald, S.H., Heil, K., & Goldbeck, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children. *Journal of Pediatric Psychology*, 35 (5), 462-472.
- Pfeiffer, E. (2018). Traumafokussierte Gruppenintervention MEIN WEG. *EREV*, 3, 173-178.
- Pfeiffer, E., de Haan, A., & Sachser, C. (2019). Klassifikation und Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter. *Trauma & Gewalt*, 13 (1), 40 - 51.

- Pfeiffer, E., & Goldbeck, L. (2017). A Trauma-focused Intervention for Refugee Minors: A Pilot Study.
- Pfeiffer, E., & Goldbeck, L. (2017). Evaluation of a trauma-focused group intervention of unaccompanied young refugees: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 30 (5), 531-536.
- Pfeiffer, E., & Goldbeck, L. (2019). Mein Weg – Traumafokussierte pädagogische Gruppenintervention für junge Flüchtlinge (1. Aufl.). Göttingen: *Hogrefe*. (intervention manual).
- Pfeiffer, E., Sachser, C., de Haan, A., Tutus, D., & Goldbeck, L. (2017). Dysfunctional posttraumatic cognitions as a mediator of symptom reduction in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with children and adolescents: Results of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 178-182.
- Pfeiffer E., Sachser C., & Goldbeck, L. (2017). Posttraumatische Belastungsstörungen im Kindes- und Jugendalter erkennen und Behandeln. *Kinder- und Jugendmedizin*, 17 (1), 27-31.
- Pfeiffer, E., Sachser, C., Rohlmann, F., & Goldbeck, L. (2018). Effectiveness of a trauma-focused group intervention for young refugees: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59 (11), 1171-1179.
- Pfeiffer, E., Sachser, C., Tutus, D., Fegert, J.M., & Plener, P.L. (2019). Trauma-focused group intervention for unaccompanied young refugees: "Mein Weg"-predictors of treatment outcomes and sustainability of treatment effects. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 13, 18.
- Pfeiffer, E., Sukale, T., Müller, L.R.F., Plener, P.L., Rosner, R., Fegert, J.M., Sachser, C., & Unterhitzberger, J. (2019). The Symptom Representation of Posttraumatic Stress Disorder in a Sample of Unaccompanied and Accompanied Refugee Minors in Germany: A Network Analysis. Manuscript submitted for publication.
- Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Nandi, C., Fegert, J.M., & Goldbeck, L. (2011). Prävalenz von Kindesmisshandlung und –vernachlässigung in Deutschland – Annäherung an ein Dunkelfeld. [Prevalence rates of child abuse and neglect in Germany – Approach to a neglected issue]. *Kindheit und Entwicklung*, 64-71.
- Plener, P. L., Molz, E., Berger, G., Schober, E., Mönkemöller, K., Denzer, C., Goldbeck, L., & Holl, R. W. (2015). Depression, metabolic control, and antidepressant medication in young patients with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes*, 16 (1), 58-66.
- Plener, P.L., Singer, H., & Goldbeck, L. (2011). Traumatic events and suicidality in a German adolescent community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 121-124.

- Quittner, A. L., Abbott, J., Georgiopoulos, A. M., Goldbeck, L., Smith, B., Hempstead, S. E., Marshall, B., Sabadosa, K. A., & Elborn, S. (2016). International committee on mental health in cystic fibrosis: Cystic fibrosis foundation and european cystic fibrosis society consensus statements for screening and treating depression and anxiety. *Thorax*, 71 (1), 26-34.
- Quittner, A. L., Barker, D. H., Goldbeck, L., Duff, A., & Abbott, J. (2015). Letter to the editor: Authors' response. *Thorax*, 70 (5).
- Quittner, A.L., Cruz, I., Blackwell, L.S., & Schechter, M.S. (2010). The international depression and anxiety epidemiological study (TIDES): Preliminary results from the United States. *Journal of Cystic Fibrosis*, 9, 95.
- Quittner, A.L., Goldbeck, L., Abbott, J., Duff, A., Lambrecht, P., Solé, A., Tibosch, M., Brucefors, A. B., Yüksel, H., Catastini, P, Blackwell, L. S., & Barker, D. H. (2014). Prevalence of depression and anxiety in patients with cystic fibrosis and parent caregivers: results of The International Depression Epidemiological Study across nine countries. *Thorax*, 69 (12), 1090-1097.
- Rassenhofer, M., Fegert, J.M., Plener, P.L., & Witt, A. (2016). Validierte Verfahren zur psychologischen Diagnostik unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge - eine systematische Übersicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 65 (2), 97-112.
- Resch, F., Meyenburg, K., & Goldbeck, L. (2012). Psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik sowie chronische somatische Erkrankungen mit psychischer Beteiligung. In *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes-und Jugendalters*, Berlin, Heidelberg: Springer, 679-715.
- Rosner, R., Eberle-Sejari, R., Ganser, H., Goldbeck, L., & Hagl, M. (2017). Experiences With a Migration-Adapted Service in Case Management for Children and Adolescents in Need of Treatment After Child Abuse and Neglect. *Kindheit und Entwicklung*, 26 (4), 240-250.
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2017). Comparing the dimensional structure and diagnostic algorithms between DSM-5 and ICD-11 PTSD in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-10, 3.295.
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of affective disorders*, 210, 189-195.
- Sachser, C., & Goldbeck, L. (2016). Consequences of the Diagnostic Criteria Proposed for the ICD-11 on the Prevalence of PTSD in Children and Adolescents. *Journal of traumatic stress*, 29(2), 120-123.

- Sachser, C., & Goldbeck, L. (2017). Anxiety, Depression, and Trauma: Transdiagnostic Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). *Kindheit und Entwicklung, 26*(2), 93-99.
- Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2016). Complex PTSD as proposed for ICD-11: Validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58* (2).
- Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 58* (2), 160-168.
- Sachser, C., Rassenhofer, M., & Goldbeck, L. (2016). Trauma-focused Cognitive-behavioral Therapy with children and adolescents: Practice, evidence base and future directions. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 44* (6), 479-490.
- Schäfer, I., Goldbeck, L., & Rosner, R. (2015). Wie können wirksame Methoden zur Diagnostik und Behandlung von Traumafolgen ein Teil der Routineversorgung werden?. *Trauma und Gewalt, 9* (2), 160-167.
- Schmid, M., & Goldbeck, L. (2010). Cognitive behavioral therapy for adolescents suffering from complex trauma disorder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59* (6), 453-476.
- Seitz, D.C.M., Besier, T., Debatin, K.-M., Debling, D., Dieluweit, U., Hinz, A., Kaatsch, P., & Goldbeck, L. (2010). Posttraumatic stress, depression and anxiety among adult long-term survivors of cancer in adolescence. *European Journal of Cancer, 46*, 1596-1606.
- Seitz, D.C.M., Besier, T., Debatin, K. M., Grabow, D., Dieluweit, U., Hinz, A., & Goldbeck, L. (2010). Posttraumatic stress, depression and anxiety among adult long-term survivors of cancer in adolescence. *European Journal of cancer, 46* (9), 1596-1606.
- Seitz, D.C.M., Besier, T., & Goldbeck, L. (2009). Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology, 18* (7), 683-690.
- Seitz, D.C.M., Dieluweit, U., & Goldbeck, L. (2010). Leben nach einer Krebserkrankung im Jugendalter. Ergebnisse eines Projekts zur psychischen Gesundheit und sozialen Entwicklung nach einer überstandenen Krebserkrankung im Jugendalter. *Wir – Zeitschrift der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe e.V. und der Deutschen Kinderkrebsstiftung, 3*, 22-26.
- Seitz, D. C. M., Hagmann, D., Besier, T., Dieluweit, U., Debatin, K.-M., Grabow, D., Kaatsch, P., Henrich, G., & Goldbeck, L. (2010). Life satisfaction in adult survivors of cancer during adolescence: What contributes to the latter satisfaction with life? *Quality of Life Research, 20*, 225-236.

- Seitz, D.C.M., & Goldbeck, L. (2010). Psychoonkologische Betreuung jugendlicher Krebspatienten. *FORUM. Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.*, 25, 36-38.
- Seitz, D.C.M., & Goldbeck, L. (2012). Pädiatrische Psychoonkologie. Konzepte, diagnostische Strategien und therapeutische Ansätze. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 21, 112-121.
- Seitz, D. C. M., Knaevelsrud, C., Duran, G., Waadt, S., Loos, S., & Goldbeck, L. (2014). Efficacy of an internet-based cognitive-behavioral intervention for long-term survivors of pediatric cancer: a pilot study. *Supportive Care in Cancer*, 22 (8), 2075-2083.
- Seitz, D. C., Knaevelsrud, C., Duran, G., Waadt, S., & Goldbeck, L. (2014). Internet-based psychotherapy in young adult survivors of pediatric cancer: feasibility and participants' satisfaction. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 17 (9), 624-629.
- Smith, B., Goldbeck, L., & Georgiopoulos, A. (2014). Screening and assessment; psychological interventions; pharmacological interventions. *Pediatric Pulmonology*, 49, 171-173.
- Sonntag, A., Glaesmer, H., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., & Michels-Lucht, F. (2009). Psychotherapists' education from the perspective of trainees: Results of a survey in Germany. *Psychotherapeut*, 54 (6), 427-436.
- Sprenger, L., Gerhards, F., & Goldbeck, L. (2011). Effects of psychological treatment on recurrent abdominal pain in children — A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31 (7), 1192-1197.
- Stinner, S., Rojas, R., Ganser, H.G., Münzer, A., Witt, A., & Goldbeck, L. (submitted for publication) Associations of out of home placement and mental health after child abuse and neglect.
- Straub, J., Klaubert, L.M., Schmiedgen, S., Kirschbaum, C., & Goldbeck, L. (2017). Hair cortisol in relation to acute and post-traumatic stress symptoms in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 30 (6), 661-670.
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., & Michels-Lucht, F. (2009). Angebot und Nachfrage: Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeut und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. *Psychotherapeut*, 54 (6), 464-468.
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Freyberger, H., Glaesmer, H., & Sonntag, A. , (2009). Supply and demand: Education as psychological psychotherapist or child and adolescent psychotherapist. *Psychotherapeut*, 54 (6), 464-468.

- Sukale, T. (2018). Rezension zu „Alexandra Liedl, Maria Böttche, Barbara Abdallah-Steinkopff, Christine Knaevelsrud (2016). Psychotherapie mit Flüchtlingen. Neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000434>
- Sukale, T., Hertel, C., Möhler, E., Joas, J., Müller, M., Banaschewski, T., Schepker, R., Kölch, M.G., Fegert, J.M., & Plener, P.L. (2017). Diagnostik und Ersteinschätzung bei minderjährigen Flüchtlingen. *Der Nervenarzt*, 88 (1), 3-9.
- Sukale, T., Rassenhofer, R., Kirsch, V., & Pfeiffer, E. (2019). Niedrigschwellige traumafokussierte Interventionen für Kinder und Jugendliche: „Mein Weg“ – ein Gruppenangebot für Minderjährige mit Fluchterfahrung. Manuskript submitted for publication.
- Sukale, T., Rassenhofer, M., Plener, P.L., & Fegert, J.M. (2016) Belastungen und Ressourcen unbegleiteter und begleiteter Minderjähriger mit Fluchterfahrung. *Jugendamt*, 4, 174-138.
- Szentes, B., Witt, S., Bush, A., Cunningham, S., Emiralioglu, N., Goldbeck, L., Griese, M., Hengst, M., Kiper, N., Krenke, K., Lange, J., Leidl, R., Schwerk, & N., Schwarzkopf, L. (2016). Healthcare utilisation in childhood interstitial lung diseases: Analysis of chILD-EU registry data. *European Respiratory Journal*, 48, 4248.
- Szentes, B., Witt, S., Bush, A., Cunningham, S., Emiralioglu, N., Goldbeck, L., & Schwarzkopf, L. (2016). Current Practice of Drug Treatment In Children with ILD: First Insights From The Child-Eu Registry. *Value in Health* 19 (7), A558.
- Tutus, D., & Goldbeck, L. (2016). Posttraumatic symptoms and cognitions in parents of children and adolescents with PTSD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25 (9), 997-1005.
- Tutus, D., Goldbeck, L., Pfeiffer, E., Sachser, C., & Plener, P.L. (2018). Parental Dysfunctional Posttraumatic Cognitions in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Tutus, D., Keller, F., Sachser, C., Pfeiffer, E., & Goldbeck, L. (2017). Change in Parental Depressive Symptoms in Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: Results from a Randomized Controlled Trial. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 27 (2), 200-205.
- Tutus, D., Pfeiffer, E., Rosner, R., Sachser, C., & Goldbeck, L. (2017). Sustainability of Treatment Effects of Trauma-focused Cognitive-behavioral Therapy for Children and Adolescents: Findings from 6-and 12-month Follow-ups. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86 (6), 379-381.

- Tutus, D., Plener, P.L., & Niemitz, M. (2018). Ulmer Onlineklinik – eine Plattform für internetbasierte Psychodiagnostik und psychologische Online-Interventionsprogramme. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 19 (04), 71-75.
- Tutus, D., Plener, P.L., & Niemitz, M. (2018). Qualitätskriterien internetbasierter kognitiv-behavioraler Interventionen für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern – Ein systematisches Review. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 10.1024, 1-17.
- Unterhitzberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC psychiatry*, 15 (1), 260.
- Von Klitzing, K., Goldbeck, L., Brunner, R., Herpertz-Dahlmann, B., Konrad, K., Lohaus, A., Heim, C., Heinrichs, N., & Schäfer, I. (2015). Folgen von Misshandlung im Kindes- und Jugendalter. *Trauma & Gewalt*, 9, 122-133.
- Wallenwein, A., Herle, M., Herschbach, P., & Goldbeck, L. (2015). Fear of disease progression questionnaire for parents: Psychometric properties based on a sample of caregivers of children and adolescents with cystic fibrosis. *Journal of psychosomatic research*, 79 (1), 49-54.
- Wallenwein, A., Herle, M., Lehmann, C., Weiss, C., Knaevelsrud, C., & Goldbeck, L. (2015). A web-based psychological support program for caregivers of children with cystic fibrosis: a pilot study. *Health and quality of life outcomes*, 13 (1), 11.
- Wallenwein, A., Mai, S., Herle, M., & Goldbeck, L. (2014). 262 Fear of progression questionnaire for caregivers of youth with cystic fibrosis (FoP-Q/C). *Journal of Cystic Fibrosis*, 13, 115.
- Wallenwein, A., Schwarz, M., & Goldbeck, L. (2017). Quality of life among German parents of children with cystic fibrosis: the effects of being a single caregiver. *Quality of Life Research*, 26 (12), 3289-3296.
- Weber, S., Jud, A., Landolt, M.A., & Goldbeck, L. (2017). Predictors of health-related quality of life in maltreated children and adolescents. *Quality of Life Research*, 26 (10), 2717-2727.
- West, C. A., Besier, T., Borth-Bruhns, T., & Goldbeck, L. (2009). Effectiveness of a family-oriented rehabilitation program on the quality of life of parents of chronically ill children. *Klinische Pädiatrie*, 221 (4), 241-246.
- Witt, S., Barbato, A., Bush, A., Clement, A., Cunningham, S., de Blic, J., Epaud, R., Goldbeck, L., Kiper, N., Nicholson, A., Schwert, N., Griese, M., & Leidl, R. (2014). Messung der Versorgung von Kindern mit interstitiellen Lungenerkrankungen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 15 (03), 302.

- Witt, A., Goldbeck, L., Keller, F., Fegert, J.M., & Plener, P.L., Resilience in Maltreated Children: A Latent Profile Analysis. Submitted to *Journal of Traumatic Stress*.
- Witt, A., Münzer, A., Ganser, H. G., Fegert, J. M., Goldbeck, L., & Plener, P. L. (2016). Data on maltreatment profiles and psychopathology in children and adolescents. *Data in brief*, 8, 1352-1356.
- Witt, A., Münzer, A., Ganser, H.G., Fegert, J.M., Goldbeck, L., & Plener, P.L. (2016). Experience by children and adolescents of more than one type of maltreatment: Association of different classes of maltreatment profiles with clinical outcome variables. *Child Abuse and Neglect*, 57, 1-11.
- Witt, A., Münzer, A., Ganser, H.G., Goldbeck, L., Fegert, J.M., & Plener, P.L. (2019). The impact of maltreatment characteristics and revictimization on functioning trajectories in children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 90. 32-42.
- Witt, A., Schmid, M., Fegert, J. M., Plener, P. L., & Goldbeck, L. (2014). Temperament and character-traits as protective factors among adolescents in juvenile residential facilities. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63 (2), 114-129.
- Wolff, S. M., Loos, S., Tutus, D., & Goldbeck, L. (2015). Häufigkeit und Art traumatischer Ereignisse bei Kindern und Jugendlichen mit Posttraumatischer Belastungsstörung/Frequency and Type of Traumatic Events in Children and Adolescents with a Posttraumatic Stress Disorder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64 (8), 617-633.

12. Literatur

- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204 (5), 335-340.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64 (5), 577-584.
- Essau, C., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27 (1), 37-45.
- Goldbeck, L., Muche, R., Tutus, D. & Rosner, R. (2016). Effectiveness of a Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy für Children and Adolescents: A Randomized Controlled Trial in Eight German Mental Health Clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 159-170.
- Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schoenbucher, V., & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: A national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 26 (2), 209-216.
- Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J.M. & Plener, P.L. (2015). Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen- eine systemische Übersicht, *Kindheit und Entwicklung*, 24, 209-224.



Ausbildungszentrum für
Verhaltenstherapie
Steinhövelstraße 1
89075 Ulm
Tel.: 0731 500 61768
Fax: 0731 500 62668

azvt.kjp@uniklinik-ulm.de
www.uniklinik-ulm.de/azvt