



 **Universität Trier**

**Poliklinische Institutsambulanz für  
Psychotherapie an der Universität Trier**

**Jahresbericht 2004**

**Petra Hank und Günter Krampen**



**Poliklinische Institutsambulanz für Psychotherapie an der Universität Trier**

**Jahresbericht 2004**

**Petra Hank und Günter Krampen**

- 1 Ziele und Aufgaben
- 2 Personal und Organisationsstruktur
- 3 Therapeutinnen und Therapeuten der Psychotherapie-Ambulanz
- 4 Behandlungsangebot
  - 4.1 Therapie
  - 4.2 Diagnostik
  - 4.3 Behandlungsablauf
- 5 Patientinnen und Patienten der Psychotherapie-Ambulanz
  - 5.1 Soziodemographische Merkmale der Patientinnen und Patienten
  - 5.2 Kontaktaufnahme
  - 5.3 Leistungsträger
  - 5.4 Behandlungsleistungen und Behandlungsabschlüsse
  - 5.5 Diagnosen
- 6 Die Ausstattung der Psychotherapie-Ambulanz
- 7 Forschung und Qualitätssicherung
  - 7.1 Forschung
  - 7.2 Qualitätssicherung und Evaluation
- 8 Publikationen (Auswahl)

Kontaktadresse:

Angela Ferring  
Psychotherapie-Ambulanz  
im Fachbereich I – Psychologie  
der Universität Trier  
54286 Trier  
Tel.: 0651/201-2021  
Fax: 0651/201-2020  
E-Mail: ferring@uni-trier.de

## **Poliklinische Institutsambulanz für Psychotherapie**

### **Jahresbericht 2004**

Informiert wird über die inhaltliche Arbeit, die personale Struktur und die sächliche Ausstattung der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie – im Folgenden kurz Psychotherapie-Ambulanz – im Fach Psychologie des Fachbereichs I der Universität Trier im Kalenderjahr 2004.

#### **1. Ziele und Aufgaben**

Die Psychotherapie-Ambulanz ist seit dem 01. Juli 2001 vom Zulassungsausschuss für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Trier zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 117 Abs. 2 i. V. m. § 117 Abs. 1 SGB V als Ausbildungsstätte nach § 6 des Psychotherapeuten-Gesetzes (PsychThG) für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ermächtigt. Sie ist der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte für Psychologische Psychotherapie der Universität Trier (Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie) angegliedert. Ihren Betrieb hat die Ambulanz im Quartal IV/2002 aufgenommen.

Die Ermächtigung umfasst die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen in dem vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anerkannten Richtlinienverfahren „Verhaltenstherapie“ durch die Studierenden der Psychologischen Psychotherapie gem. § 6 PsychThG unter Supervision. Diese praktische Ausbildung umfasst 600 Behandlungsstunden unter Supervision mit mindestens sechs Patientenbehandlungen sowie mindestens 150 Supervisionsstunden gemäß § 1 und § 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapie (PsychTh-APrV). Ein Team von insgesamt 24 zum Teil extern niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten/innen supervidiert auf Honorarbasis diese Behandlungsleistungen.

Darüber hinaus hält die Psychotherapie-Ambulanz fünf Praktikumsplätze für die praktische psychotherapeutische Tätigkeit im Umfang von 600 Stunden vor.

## **2. Personal und Organisationsstruktur**

Die Organisation der in den Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie integrierten Psychotherapie-Ambulanz gliedert sich in folgende Bereiche.

*Die wissenschaftliche Leitung* des Weiterbildungsstudiengangs erfolgt kollegial durch die Professoren für Klinische Psychologie des Faches Psychologie. Derzeit sind dies Prof. Dr. Günter Krampen, Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker (ab 01.01.2004) und Prof. Dr. Peter Schwenkmezger (derzeit zur Wahrnehmung des Amtes des Präsidenten der Universität Trier beurlaubt). Dr. Petra Hank ist stellvertretende Leiterin.

*Die Fachaufsicht* der Psychotherapie-Ambulanz im Weiterbildungsstudiengang liegt bei Prof. Dr. Günter Krampen. Als stellvertretender Leiter der Psychotherapie-Ambulanz ist Dr. Helmut Saile für die Einhaltung der Psychotherapierichtlinien verantwortlich. Dr. Karoline Weiland-Heil überprüft die sorgfältige Ausarbeitung der nach § 4 Absatz 6 der APrV geforderten Falldarstellungen.

Für die *Organisation und Verwaltung* ist Dr. Petra Hank als Geschäftsführerin zusammen mit Angela Ferring (Anmeldung, Dokumentation, Abrechnung) und Helga Lindner (Anmeldung, Organisation, Aktenverwaltung) zuständig. Sie werden durch den technischen Assistenten Jürgen Heiser und die wissenschaftlichen Hilfskräfte Joachim Klawe (mit Abschluss), Julia Konrad und Holger Munz in ihrer Arbeit unterstützt.

## **3. Therapeutinnen und Therapeuten der Psychotherapie-Ambulanz**

Zum Therapeutenteam der Psychotherapie-Ambulanz gehören Dipl.-Psych. Ulrike Abd-el-Bary-Theis, Dipl.-Psych. Franz Burgner, Dipl.-Psych. Helen Esser, Dr. Saskia Franke, Dipl.-Psych. Alexandra Giehl, Dr. Elisabeth Gläser, Dipl.-Psych. Markus Hangarter, Dipl.-Psych. Heike Hoffmann, Dr. Birgit Lindel, Dr. Gunther Meinschmidt, Dipl.-Psych. Ulrike Neubauer, Dipl.-Psych. Doris Palm-Gilmour, Dipl.-Psych. Sandra S. Reich, Dipl.-Psych. Ursula Thielen, Dipl.-Psych. Sabine Vogel, Dipl.-Psych. Annette Wenzel, Dipl.-Psych. Eva Wiebe und Dr. Rainer Wolff.

## **4. Behandlungsangebot**

### *4.1 Therapie*

Das psychotherapeutische Versorgungsangebot richtet sich an Erwachsene mit psychischen und psychosomatischen Störungen, die Krankheitswert (nach ICD-10) aufweisen. Abgestimmt auf die individuelle Diagnostik und Therapieplanung wird eine psychotherapeutische

Behandlung nach dem Verfahren der kognitiv-behavioralen Psychotherapie (Verhaltenstherapie) angeboten. Behandelt werden vor allem Störungen aus dem depressiven Formenkreis, Angststörungen, Zwangsstörungen, Psychosomatische Erkrankungen, Soziale Ängste und Phobien, Störungen als Reaktion auf schwere Belastungen, Somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Körperliche Erkrankungen mit psychologischen Begleit- und Folgeerscheinungen, Sexuelle Funktionsstörungen, Schlafstörungen, Anpassungsstörungen sowie Psychotische Störungen bei spezieller Indikation. Die Behandlungen finden als Einzeltherapie oder kombinierte Einzel- und Gruppentherapie statt. Die Behandlungskosten werden von den Gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen.

#### *4.2 Diagnostik*

Die deskriptive klassifikatorische Diagnostik umfasst mindestens ein strukturiertes klinisches Interview (SKID I und SKID II-Screening-Fragebogen) mit einer Diagnosestellung nach der ICD-10, ergänzt um eine standardisierte beschwerden- und symptomorientierte Diagnostik (SCL-90-R). Bei Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung wird zusätzlich das SKID II-Interview durchgeführt. Anhand biografischer Anamnesen, psychodynamischer Explorationen, Verhaltens- und Problemanalysen sowie problembezogener standardisierter psychometrischer Instrumente erfolgt die ätiologisch orientierte diagnostische Abklärung. Zusätzlich werden Therapiemotivation und -voraussetzungen, wie Ressourcen und Beziehungsmuster der Patientinnen und Patienten vor Behandlungsbeginn untersucht. Anhand von Sitzungsverlaufsprotokollierungen, Therapiestundenbogen und standardisierten psychometrischen Instrumenten, die fallbezogen ausgewählt werden, wird der Behandlungsverlauf kontinuierlich dokumentiert und evaluiert. Die Therapieevaluation erfolgt zusätzlich über Vorher-Nachher-Vergleiche sowie indirekte Veränderungsmaße.

#### *4.3 Behandlungsablauf*

Im Anschluss an ihre Anmeldung im Sekretariat der Ambulanz werden die Patienten/innen einem/r Therapeuten/in zugewiesen und erhalten so schnell als möglich einen Termin für das Erstgespräch durch das Sekretariat der Ambulanz mitgeteilt. Im Erst- und Zweitgespräch stehen die freie Problembeschreibung des/der Patienten/in und die Anamnese im Vordergrund. Zusätzlich wird über den Ablauf einer ambulanten Psychotherapie in der Psychotherapie-Ambulanz und über eventuelle alternative Behandlungsmöglichkeiten bzw. -notwendigkeiten informiert. Ggf. schließt sich ein zweiter Termin zur differenzialdiagnostischen Abklärung an. Parallel wird der/die Patient/in aufgefordert, den "Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung" (nach §28, Abs. 3 SGB V) einzuholen.

Alle weiteren Termine werden individuell mit dem/der Patienten/in vereinbart. Maximal fünf probatorische Sitzungen plus eine Sitzung für die biographische Anamnese können da-

zu verwendet werden, eine angemessene therapeutische Arbeitsbeziehung aufzubauen, Hypothesen zur Ätiologie und zu den aufrechterhaltenden Bedingungen der Störung sowie zur differentiellen Indikationsstellung zu formulieren, die Behandlungsplanung zu konkretisieren und dies alles im Erstantrag auf Bewilligung einer Einzelpsychotherapie zu dokumentieren.

Die eigentliche Behandlung beginnt unmittelbar nach der schriftlichen Kostenzusage durch den zuständigen Leistungsträger bei gesetzlich Versicherten bzw. nach Unterzeichnung eines Therapievertrages bei Selbstzahlern.

Alle Behandlungen werden engmaschig supervidiert. Bereits nach dem Erstgespräch muss jede/r Patient/in in der Supervision vorgestellt werden. Erstantrag und auch eventuelle Verlängerungsanträge werden von dem/der Supervisor/in geprüft und gegengezeichnet.

## **5. Patientinnen und Patienten der Psychotherapie-Ambulanz**

### *5.1 Soziodemographische Merkmale der Patientinnen und Patienten*

- **Geschlecht, Alter und Familienstand**

Im Jahr 2004 wurden 147 Frauen und 60 Männer im Alter von 11 bis 73 Jahren (M = 35.9 Jahre, sd = 12.2 Jahre) behandelt. Der Altersschwerpunkt liegt in der Gruppe der 26- bis 44-jährigen Personen. Auf sie entfallen mehr als die Hälfte aller Patienten/innen. Etwas mehr als die Hälfte (55.6%) der Patientinnen und Patienten war ledig, knapp ein Drittel (31.9%) verheiratet, weitere 10.6% geschieden. Die übrigen Patientinnen und Patienten waren verwitwet oder lebten von ihrem/ihrer Partner/in getrennt.

- **Erwerbstätigkeit**

35.7% der Patienten/innen befanden sich in dem genannten Zeitraum in (nicht leitenden) Angestelltenverhältnissen, 29.5% studierten oder besuchten eine Schule, 16.4% waren als Facharbeiter/Handwerker mit abgeschlossener Prüfung tätig, 7.2% berentet, 5.3% arbeitslos, 3.9% der Patientinnen waren als Hausfrauen tätig und weitere 1.9% hatten keine Berufsausbildung (vgl. Abbildung 1).

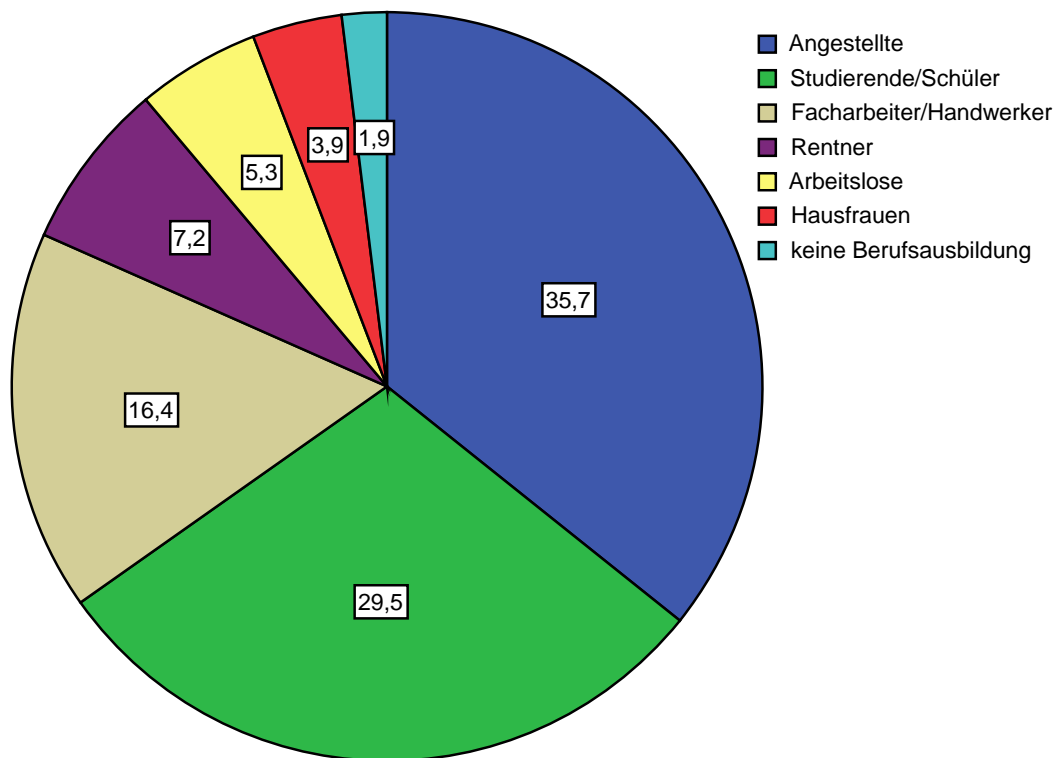


Abb. 1: Beschäftigungsstruktur der Patienten (Angaben in %)

## 5.2 Kontaktaufnahme

Gut zwei von drei Patienten/innen (68.6%) wurden an die Ambulanz überwiesen. In mehr als der Hälfte aller überwiesenen Fälle erfolgte die Überweisung durch einen Facharzt für Psychiatrie bzw. Neurologie oder einen Psychologischen Psychotherapeuten (57.7%; 39.6% von allen Patienten). Fast jede/r dritte Patient/in mit Überweisung kam auf Anraten seines Hausarztes (32.4%; 22.2% von allen Patienten/in), jeder zehnte folgte der Empfehlung einer Beratungsstelle (9.9%; 6.8% von allen Patienten). Rund ein Drittel der Patienten/innen machten von ihrem Erstzugangsrecht zum Psychologischen Psychotherapeuten Gebrauch und kamen auf direktem Weg in die Ambulanz. Für alle im Jahr 2004 behandelten Patienten gilt, dass sie erstmalig in der Psychotherapie-Ambulanz behandelt wurden.

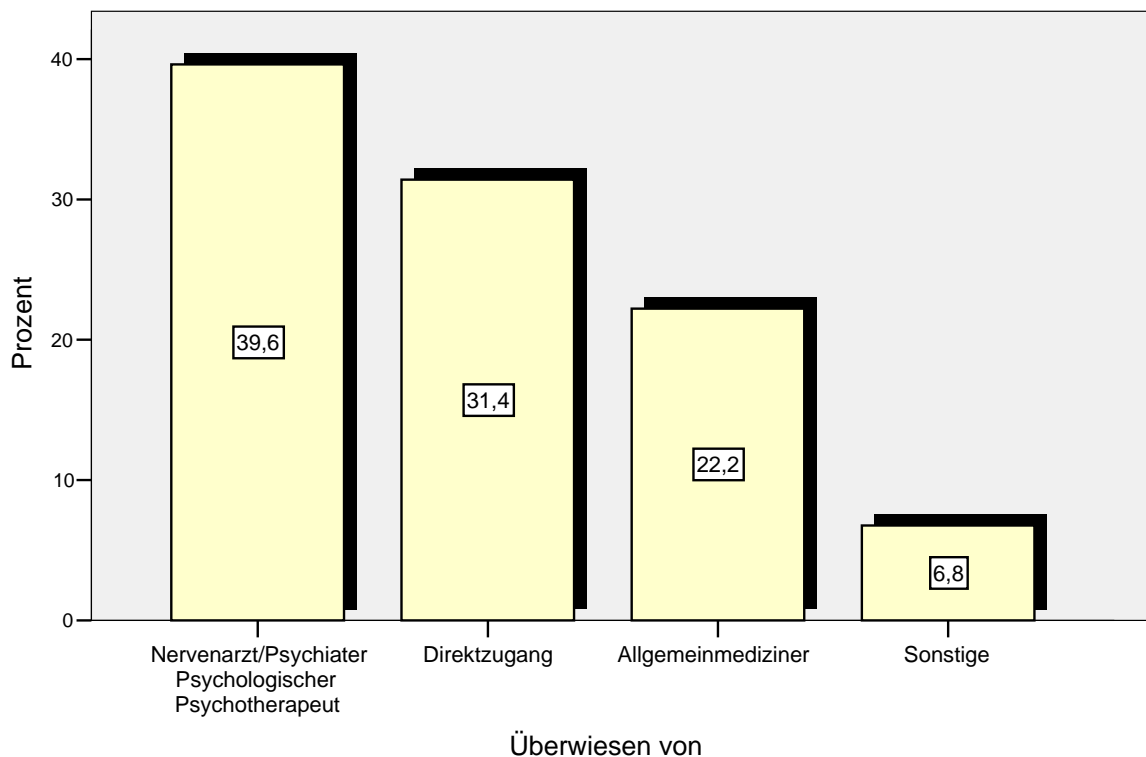


Abb. 2: Überweisungsstruktur der behandelten Patienten

### 5.3 Leistungsträger

93.7% der Behandelten gehörten den Primär- und Ersatzkassen der gesetzlichen Krankenversicherung an, 6.3% wurden als Privatversicherte behandelt. Als Mitglieder waren 68.1%, Familienversicherte 26.1%, Rentner 5.3% bzw. über Sozialhilfe 0.5% versichert.

### 5.4 Behandlungsleistungen und Behandlungsabschlüsse

- Erstgespräch und probatorische Sitzungen

Die Patienten/innen haben Behandlungsleistungen im Umfang von insgesamt 2853 Stunden (M = 13.8 Stunden, sd = 11.2 Stunden) wahrgenommen (s. Tabelle 1). Davon entfallen 716 Stunden auf probatorische Sitzungen (M = 3.5 Stunden, sd = 2.5 Stunden), die von 156 verschiedenen Patient/innen in Anspruch genommen wurden. Mit anderen Worten: Ein Viertel der aufgewendeten Behandlungszeit diente der allgemeinen und differenziellen Indikation.

- Therapeutische Leistungen



Im Anschluss an die probatorischen Sitzungen wurde in 2004 für 132 Patient/innen (63.8%) die Kostenübernahme für eine Psychologische Psychotherapie bei den zuständigen Krankenkassen beantragt. Von diesen Patient/innen nahmen 108 eine Behandlung noch in 2004 auf<sup>1</sup>. Für sie beträgt die durchschnittliche Behandlungsdauer im Jahr 2004 M = 11.1 Behandlungsstunden (sd = 10.7 Stunden) bei einem Gesamtumfang von 1196 Stunden. Bei weiteren 51 Patientinnen und Patienten wurde die bereits in 2003 begonnene Therapie fortgeführt. Sie nahmen durchschnittlich M = 18.5 Stunden KZT/LZT (sd = 11.9 Stunden KZT/LZT) in Anspruch, in der Summe belaufen sich die Behandlungsstunden für diese Patientengruppe auf 941 Stunden. Tabelle 1 stellt die Behandlungsleistungen und -abschlüsse für das Jahr 2004 im Überblick dar.

Tabelle 1. Behandlungsleistungen und –abschlüsse in 2004

		Absolute Anzahl der Patienten (N)	Relative Anzahl der Patienten (%)	Absolute Zahl der Behandlungsstunden	%	M	SD
nur Erstgespräch		11	5.3	11	0.4	1.0	0.0
nur probatorische Sitzungen		37	17.8	137	4.8	3.7	1.3
Prob + KZT/LZT	2003*	51	24.6	941	33.0	18.5	11.9
	2004	108	52.2	1764 (prob. 568)	61.8 (prob. 19.9)	11.1(5.3)	10.7(1.5)
Summe		207	99.9	2853	100.0		

\*Behandlungsbeginn in 2003 und in 2004 fortgeführt

### 5.5 Diagnosen

Bei 182 (88%) der insgesamt 207 im Jahr 2004 in der Psychotherapie-Ambulanz vorstellig gewordenen Personen wurde eine psychische Störung mit Krankheitswert (nach ICD-10) diagnostiziert. Eine komorbide Störung mit Krankheitswert wiesen 71 von ihnen (39%), zwei komorbide Störungen wiesen 18 von ihnen (10%) auf. Bei 25 der in der Psychotherapie-Ambulanz vorstellig Gewordenen (12%) wurde keine Störung mit Krankheitswert diagnostiziert und daher keine Behandlung eingeleitet.

- Verteilung der primären Diagnosen

---

<sup>1</sup> Bei den restlichen 27 Personen begann die Therapie erst in 2005 und geht daher nicht in diese Jahresstatistik ein.

Bei fast jedem fünften der 182 positiv diagnostizierten Patienten und damit am häufigsten wurde die Diagnose einer depressiven Episode (F 32) vergeben (s. Abb. 2). Häufig traten auch die Diagnosen Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie phobische Störungen (F40) auf. Auf Platz vier der diagnostizierten Störungen sind rezidivierende depressive Störungen (F33). Essstörungen (F50) belegen den fünften Platz, gefolgt von anderen Angststörungen (F41) und anhaltenden affektiven Störungen (F 34) auf den Plätzen sechs und sieben. Zwangsstörungen (F42), somatoforme Störungen (F45) und spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60) wurden bei 3% bis 4% der Patienten diagnostiziert.

Zusammengefasst bleibt festzuhalten: Die Verteilung der Diagnosen lässt ein breites Spektrum der behandelten Störungen erkennen. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen bilden die Schwerpunkte der vergebenen Primärdiagnosen mit rund 45%. Mehr als jeder dritte diagnostizierte Patient litt an einer Störung aus dem depressiven Formenkreis (34%). Essstörungen stellen mit 8% die dritte größere Diagnosegruppe dar. Insgesamt vereinigen diese drei Störungsgruppen fast 90% des Patientenaufkommens der Psychotherapie-Ambulanz.

- Verteilung der sekundären Diagnosen

Bei den sekundären Diagnosen liegen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie depressive Störungen gleich auf mit jeweils knapp 30%, eine spezifische Persönlichkeitsstörung wurde in 18% der Fälle zusätzlich vergeben. Sechs Patienten zeigten über die primäre Diagnose hinaus psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, fünf litten zusätzlich unter Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und bei vier Patienten/innen lag zusätzlich eine Essstörung vor. Damit entspricht die Häufigkeitsverteilung der sekundären Diagnosen der Verteilung der primären mit Blick auf die am häufigsten vergebenen Diagnosen.

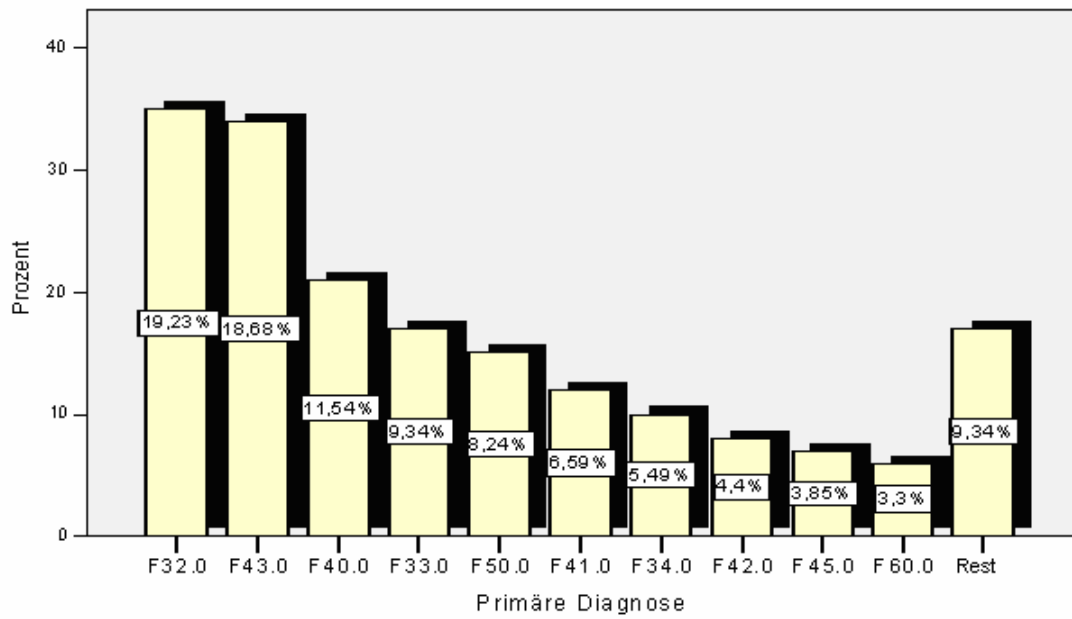


Abb. 3: Prozentuale Häufigkeiten der primären Diagnosen nach ICD-10

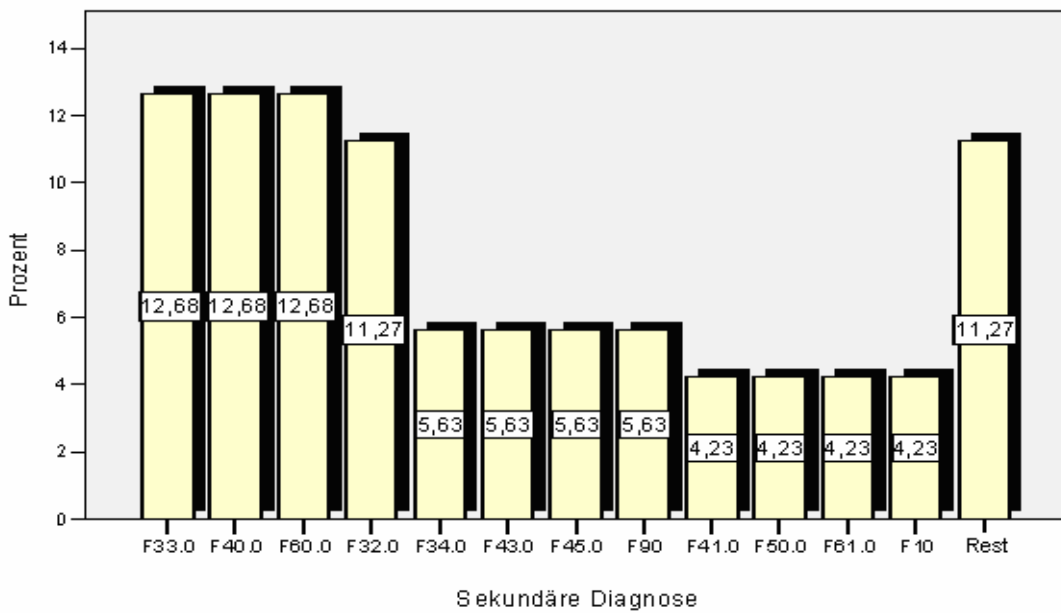


Abb. 4: Prozentuale Häufigkeiten der sekundären Diagnosen nach ICD-10

## 6. Die Ausstattung der Psychotherapie-Ambulanz

Die Psychotherapie-Ambulanz, durch einen separaten Eingang des Gebäudes D der Universität Trier zu erreichen, ist in den Räumen des Faches Psychologie untergebracht. Sie umfasst fünf Therapieräume für Einzel- und Gruppentherapie, ein Wartezimmer, ein Büro für die Therapeutinnen und Therapeuten (PPiA-Büro) plus ein Sekretariat für die Patientenverwaltung und Abrechnung.

Alle Therapieräume incl. Wartezimmer und PPiA-Büro wurden im Jahr 2004 neu eingerichtet. Das Mobiliar umfasst je nach Raumgröße eine Sitzgruppe mit zwei bis vier Stühlen, einen Tisch und einen Schrank. Zusätzlich sind alle Therapieräume mit Flipchart und Tonträger ausgestattet. Darüber hinaus können die Therapiesitzungen mit einer mobilen Videokamera aufgezeichnet werden.

In einem der Therapieräume (Multifunktionsraum) ist die Ambulanzbibliothek mit Lehrbüchern, Ratgeber-Literatur für Patienten/innen und Fachzeitschriften untergebracht, die bei Bedarf von den Therapeutinnen und Therapeuten ausgeliehen werden können.

Für die Patientenverwaltung und -dokumentation, Diagnostik und Therapieevaluation sowie die Erledigung von Korrespondenzen stehen den Therapeuten und Therapeutinnen zwei PC-Arbeitsplätze im PPiA-Büro zur Verfügung. Zur Ausstattung dieses Büros gehören weiter Kopierer, Reißwolf und Telefonanschluss sowie die für die diagnostische Arbeit mit den Patienten und Patientinnen erforderlichen Materialien.

Im Sekretariat der Ambulanz befinden sich zwei weitere PC-Arbeitsplätze sowie ein über die übliche Sekretariatsausstattung hinausgehender Stahlschrank zur Aufbewahrung der Patientenakten.

## 7. Forschung und Qualitätssicherung



In den Jahren 2003 und 2004 dominierten Aufbau, Organisation und Koordination die zum 01.10.2002 aufgenommene Arbeit in der Psychotherapie-Ambulanz der Universität Trier. Anwendungsorientierte Forschung und Maßnahmen des Qualitätsmanagements konnten aus Ressourcengründen nur in geringerem Umfang durchgeführt werden. Beiden Bereichen kommt ab dem Jahr 2005 ein höheres Gewicht zu.

### 7.1 *Forschung*

Als wissenschaftliche Einrichtung des Faches Psychologie des Fachbereichs I der Universität Trier gehört es zum Selbstverständnis der Psychotherapie-Ambulanz, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse in der Behandlung der Patientinnen und Patienten anzuwenden sowie in der Forschung tätig zu sein. Die Berücksichtigung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Psychotherapie ist durch den engen Bezug der psychotherapeutischen Anwendungspraxis zur Theoretischen Ausbildung im Rahmen des Weiterbildungsstudienganges Psychologische Psychotherapie, den dort angesiedelten Journal-Club der Therapeuten/innen sowie die engmaschige fachliche Supervision durch berufs- und forschungserfahrene approbierte Psychotherapeuten/innen gewährleistet. Forschungsschwerpunkte der Ambulanzmitarbeiter/innen beziehen sich etwa auf

- Psychologische Interventions- und Psychotherapieprozess-Forschung,
- Klinisch-psychologische Differentialdiagnostik und Evaluation,
- Entspannungstherapie und -training bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Entwicklung seelischer Gesundheit und Ätiologie psychischer Störungen,
- Ursachen und Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität,
- Partnerschaften und ihre Verläufe.

In den Jahren 2003 und 2004 wurden von Teilnehmern/innen des Weiterbildungsstudienganges Psychologische Psychotherapie überdies zwei Promotionen zum Dr. rer.nat. erfolgreich abgeschlossen, sechs weitere Promotionsvorhaben sind weit fortgeschritten.

Ende 2004 wurden im Rahmen der Ambulanzarbeit ferner Forschungsvorhaben zu den folgenden Themen initiiert:

- Biographische Rekonstruktion seelischer Gesundheit und psychischer Störungen sowie ihrer Behandlung anhand der Vertrauens-Trias (Krampen & Hank);
- Indikation und Wirksamkeit systematischer Entspannungstherapien (Autogenes Training und Progressive Relaxation) in der Begleitbehandlung psychotherapeutischer und medizinischer Primärbehandlungen (Krampen & Saile);
- Anorexia nervosa und Workaholism (Krampen & Weiland-Heil);
- Psychodiabetologie: Diabetes und depressive Störungen (Faude & Krampen).

Weitere Impulse für die Angewandte Forschung sind im Rahmen der organisatorisch komplementär angesiedelten Psychotherapie-Ambulanz für Forschung und Lehre zu erwar-

ten, die unter der Leitung und Fachaufsicht von Prof. Dr. Dr. A. Maercker Anfang 2005 die Arbeit aufgenommen hat.

## 7.2 Qualitätssicherung und Evaluation

Qualitätskontrolle und -sicherung wurden 2004 durchgängig durch das Gutachterverfahren bei der Beantragung psychotherapeutischer Behandlungen und die engmaschige Supervision aller in der Psychotherapie-Ambulanz durchgeführten Behandlungen realisiert.

Hinzu kamen bei allen Behandlungen systematische Prozessevaluationen (über Sitzungs-dokumentationen sowie Stundenbogen für Patienten/innen und Therapeuten/innen), bei abgeschlossenen Behandlungen Erfolgskontrollen über die Methoden der direkten und indirekten Veränderungsmessung im Vorher-Nachher-Vergleich und in Katamnesen. Die Patientenzahlen sind für eine aggregierte Ergebnisdarstellung bislang zu gering. Einzelfallorientiert gehen die entsprechenden Befunde in die ausführlichen schriftlichen „Falldarstellungen“ ein, die u.a. Gegenstand der Staatlichen Prüfung in Psychologischer Psychotherapie (Staats-examen) sind.

Ab 2005 werden die Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation systematisch ausgeweitet, was im Zusammenhang mit erhöhten Behandlungszahlen eine aggregierte Befunddarstellung möglich machen wird. Diskutiert werden überdies Möglichkeiten der Einführung eines ausgeweiteten Berichtswesens zur Optimierung des Qualitätsmanagements.

## 8. Publikationen (Auswahl)

Gläßer, E., Krampen, G. & Schaan, W. (2004). Zur Komorbidität von Diabetes mellitus und depressiven Störungen. *Report Psychologie*, 29, 446-455.

Hank, P. & Mittag, O. (2003). Zur Bedeutung von Ärger und Ärgerausdruck für die Entstehung und Prognose der koronaren Herzkrankheit (= Statuskonferenz Psychokardiologie, Band 12). Frankfurt: VAS – Verlag für Akademische Schriften.

Heyse, H., Krampen, G., Schui, G. & Vedder, M. (2004). Berufliche Belastungen und Belastungsreaktionen früh- versus alterspensionierter Lehrkräfte in der Retrospektive. *Report Psychologie*, 29, 372-379.

Kienle, X., Thumser, K., Saile, H. & Karch, D. (2005). Neuropsychologische Diagnostik von ADHS-Subgruppen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 159-172.

Krampen, G. (2002). Akzeptanz und Effekte unterschiedlicher Protokollierungstechniken bei Einführungen in das Autogene Training und die Progressive Muskelrelaxation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50, 65-74.

- Krampen, G. (2002). Drei-Phasen-Modell zur Geschichte der Psychotherapie im 20. Jahrhundert. *Report Psychologie*, 27, 330-346.
- Krampen, G. (2002). Entspannungstraining und -therapie: Anamnese-Bogen (ET-ANAM). Handanweisung (65 Seiten) und Verbrauchsmaterial (= Teil I des Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums für Entspannungstraining und Entspannungstherapie [ET-EVA]). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2002). Persönlichkeits- und Selbstkonzeptentwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch* (5. Auflage, Kap. 20, S. 675-710). München: Psychologie Verlags Union.
- Krampen, G. (2002). Prognostischer Wert von Vorerfahrungen und Teilnahmemotiven für den Lern- und Transferprozess bei Autogenem Training und Progressiver Relaxation. *Entspannungsverfahren*, 19, 5-24.
- Krampen, G. (2002). Schulendenken in der Psychologie – überwunden, Schulendenken in der Psychotherapie – noch aktuell, aber...: Psychologiegeschichte und nach wie vor aktuelle Betrachtungen zur Dialektik von Pluralismus und Einheitlichkeit von Woodworth (1931/1948). *Report Psychologie*, 27, 32-34.
- Krampen, G. (2002). Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie (STEP). Handanweisung (82 Seiten) und Verbrauchsmaterialien. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2003). Effekte des Autogenen Trainings: Eine Begleituntersuchung im Projekt Strema. In U.P. Lattmann & J. Rüedi (Hrsg.), *Stress- und Selbstmanagement (Strema) – Ressourcen fördern: Konzept und Programm zur Förderung personaler und sozial-kommunikativer Ressourcen und Kompetenzen* (S. 294-303). Oberentfelden/Aarau (Schweiz): Sauerländer Verlage.
- Krampen, G. (2003). Prävention bei Erwachsenen. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung: Diagnostik und Prävention* (S. 417-432). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2004). Differentielle Indikation von Autogenem Training und Progressiver Relaxation. *Entspannungsverfahren*, 21, 6-27.
- Krampen, G. (2004). Lerntheorien der Persönlichkeit. In K. Pawlik (Hrsg.), *Theorien und Anwendungsfelder der Differentiellen Psychologie* (= Enzyklopädie der Psychologie, Serie Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Band C/VIII/5, S. 277-316). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2004). Psychologie – Was ist das? Persönliche Anmerkungen zu Gegenstand, Einheitlichkeit und Pluralismus der Psychologie. In A. Kämmerer & J. Funke (Hrsg.), *Seelenlandschaften: Streifzüge durch die Psychologie – 98 persönliche Positionen* (S. 14-15). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Krampen, G. (2005). Systematic self-monitoring and reflection of health behavior in widely differing preventive settings: Results of three controlled evaluation studies. *Swiss Journal of Psychology* (accepted for publication).
- Krampen, G., Enneking, A., Brendel, M., Freilinger, J. & Medernach, J. (2003). Spracherwerb unter mehrsprachigen Entwicklungsbedingungen: Multi- und Semilingualität am Beispiel von Primarschulkindern in Luxemburg. *Report Psychologie*, 28, 286-293.
- Krampen, G. & Hank, P. (2004). Die Vertrauens-Trias: Interpersonales Vertrauen, Selbstvertrauen und Zukunftsvertrauen in der psychologischen Theorienbildung und Forschung. *Report Psychologie*, 29, 666-677.
- Krampen, G. & Hank, P. (2005). Diagnostik der therapeutischen Beziehung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Tübingen: DGVT-Verlag (in Vorbereitung).
- Krampen, G. & Hank, P. (2005). ET-ANAM – Entspannungstraining und -therapie: Anamnesebogen. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 140-142). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. & Hank, P. (2005). Prozessdiagnostik und kontrollierte Praxis. In B. Röhrle, F. Caspar & P. Schlottke (Hrsg.), *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer (im Druck).
- Krampen, G., Hank, P., Lindel, B.U., Meinschmidt, G., Saile, H. & Weiland-Heil, K. (2003). Evaluationsstrategien für einen universitären Weiterbildungsstudiengang in Psychotherapie: Konzept, quantitative und qualitative Methoden sowie erste Erfahrungen. In G. Krampen & H. Zayer (Hrsg.), *Psychologiedidaktik und Evaluation IV* (S. 164-183). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Krampen, G. & Klawe, J. (2005). STEP - Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 442-444). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G., Miller, M. & Montada, L. (2002). Bibliometrische Untersuchungsbefunde zur Geschichte der Klinischen Psychologie im 20. Jahrhundert. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 121-126.
- Krampen, G. & Schui, G. (2005). Beratung im Spiegel wissenschaftlicher Information und Dokumentation. In Ch. Steinebach (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Beratung*. Stuttgart: Klett-Cotta (im Druck).
- Krampen, G. & von Eye, A. (2005). Treatment motives as predictors of acquisition and transfer of relaxation methods to everyday life: Empirical studies on progressive relaxation and autogenic training. *Journal of Clinical Psychology* (accepted for publication).
- Krampen, G. & Wahl, H.-W. (2003). Geropsychology and psychology in the last quarter of the 20<sup>th</sup> century. *European Psychologist*, 8, 87-91



- Meinlschmidt, G. & Krampen, G. (2003). Weltweite psychopathologische Folgen gravierender Terrorakte und ihrer Jahrestage: Ein Fallbericht zur Entwicklung einer depressiven Störung im Kontext des Jahrestages der Anschläge vom 11. September 2001. *Psychotherapie*, 8, 214-216.
- Renner, G., Zenglein, C. & Krampen, G. (2004). Zur Reliabilität und Validität der Elternfassung des „Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder“ (VBV-EL 3-6) in der klinischen Anwendungspraxis. *Diagnostica*, 50, 78-87.
- Saile, H. (2004). Erprobung eines modularen Systems zur Erfassung von Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen. *Trierer Psychologische Berichte*, 31, Heft 2.
- Saile, H. (2004). Hyperkinetische Störungen. In D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), *Entspannungsverfahren* (S. 395-406). Weinheim: Beltz / Psychologie Verlags Union.
- Saile, H. (2005). Anwendungspraxis im Diplomstudiengang Psychologie: Behandlung von Kindern mit chronischen Kopfschmerzen. In G. Krampen & H. Zayer (Hrsg.), *Psychologiedidaktik und Evaluation V*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag (in Druck).
- Saile, H. (2005). Stress bei Kindern mit chronischen Kopfschmerzen. *Verhaltenstherapie*, 15 (Suppl. 1), 41.
- Saile, H. & Forse, I. (2002). Allgemeine und differenzielle Effekte von behavioraler und systemischer Familientherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen von Kindern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50, 281-299.
- Saile, H. & Kison, K. (2002). Soziale Unsicherheit bei Kindern: Situative Aspekte und Verarbeitungsebenen. *Diagnostica*, 48, 6-11.