

Prof. Dr. Cord Benecke
Universität Kassel
Fachbereich 01 / Humanwissenschaften
Institut für Psychologie
Holländische Str. 36-38
D-34127 Kassel

Tel: +49-561 804-3630
Fax: +49-561 804-3596
Mail: benecke@uni-kassel.de

Kassel, 23.12.2022

Stellungnahme zum IQTIG-Bericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“

Im Sommer 2022 hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die Abschlussberichte „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ sowie „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ vorgelegt.

Auf die sehr ausführlich in den Berichten beschriebene (aber dennoch nur vage nachvollziehbare) Entwicklung des QS-Verfahrens kann ich hier nicht eingehen. Ich beschränke mich in meiner folgenden Stellungnahme auf eine Betrachtung des Ergebnisses: die von den Therapeut:innen geforderte Dokumentation und den Patient:innen-Fragebogen.

Vorab sei noch einmal daran erinnert, dass das neue QS-System die Qualität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter *verbessern* soll. Die Qualität eines Versorgungssystems misst sich einerseits an der Qualität jeder einzelnen Behandlung, und damit natürlich an der Kompetenz der Behandelnden, aber eben auch daran, inwiefern die entsprechenden Patient:innen Zugang zu diesen Behandlungen erhalten.

Das geplante IQTIG-QS-Verfahren wird aus meiner Sicht keinen dieser Aspekte verbessern. Stattdessen ist absehbar, dass sich durch die Einführung des IQTIG-QS-Verfahrens die ambulante Versorgung von Patient:innen mit schweren psychischen Störungen noch deutlich verschlechtern wird.

Die Dokumentation durch die Therapeut:innen

Im Anhang B.7 des Abschlussberichts findet sich der Dokumentationsbogen, der von den Therapeut:innen für jede Behandlung ausgefüllt werden soll. Zudem sollen die Angaben auf dem Dokumentationsbogen durch die Patient:innen-Akte belegbar sein. Im Wesentlichen soll dokumentiert werden, ob sich der:die Therapeut:in formal an die *Berufsordnung* und das *Patientenrechtegesetz* hält. Es wird nur gefragt, *ob* etwas gemacht wurde, nicht, *wie* es gemacht wurde.

Der Dokumentationsbogen ist in drei Bereiche aufgeteilt: *Anfangsphase der Behandlung* (Fragen 13 – 28); *Therapieverlauf* (Fragen 29 – 34) und *Abschlussphase der Behandlung* (35 – 40).

- Zu **Beginn der Behandlung** werden beispielsweise erfragt, ob relevante Aspekte in der Diagnostik berücksichtigt wurden (z.B. „Wurde die Symptomatik erfasst?“, „Wurde die biographische Anamnese erfasst?“, „Wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst?“, „Wurde abgeklärt, ob eine Suizidalität vorliegt?“, „Wurden patientenindividuelle Therapieziele vereinbart?“ etc.) – diese Fragen sollen jeweils mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.
- Im **Therapieverlauf** wird dann beispielsweise gefragt, ob die „patientenindividuellen Therapieziele erreicht“ wurden, ob „die patientenindividuellen Therapieziele angepasst“ wurden, ob ein „psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt“ wurde, ob ein „standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt“ wurde. Auch diese

Fragen sind jeweils mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten. Bei „Ja“ ist das Datum anzugeben, bei „Nein“ wird nach dem Grund gefragt (mit den Antwortoptionen: „Patientin/Patient lehnte ab“ und „anderer Grund“). Zudem wird hier nach Kooperationen mit anderen Berufsgruppen gefragt (z.B. „Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Nervenheilkunde/ Neurologie/ Neurologie und Psychiatrie mitbehandelt?“), falls ja, ob ein Austausch stattfand, und wenn kein Austausch stattfand, warum nicht (letztere Fragen mit den Optionen: „Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden“; „Patientin/Patient lehnte ab“; „anderer Grund“).

- In der **Abschlussphase der Behandlung** wird wiederum gefragt, ob der „patientenindividuelle Therapieverlauf überprüft“ wurde, ob die „patientenindividuellen Therapieziele“ erreicht oder „angepasst“ wurden, ob die Notwendigkeit weiterer Behandlungs- oder Betreuungsbedarfe geprüft wurde, ob die Behandlung einvernehmlich oder durch Abbruch endete. Bezüglich des Outcomes werden zwei Fragen gestellt: „Wurde eine Erhebung des Ergebnisses in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen durchgeführt?“ und „Wurde eine Erhebung, inwieweit die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden, durchgeführt?“ – es wird also gefragt, *ob* die Erhebungen durchgeführt wurden, nicht, wie das Ergebnis ausfiel oder inwieweit die Therapieziele erreicht wurden.

Ich stimme zu, dass die meisten in der geplanten Dokumentation erfragten Maßnahmen bei jeder Behandlung durchgeführt werden sollten. Da es sich überwiegend um Selbstverständlichkeiten handelt bzw. um Dinge, die in der Berufsordnung bereits festgelegt sind, hätte ein solcher Dokumentationsbogen dann die Funktion einer *Checkliste* oder *Erinnerungshilfe*. Andere Fragen erscheinen eher sinnlos – wie z.B. mitten im Verlauf einer Behandlung ein „standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview“ durchzuführen ist unüblich und erscheint wenig nutzbringend.

Der entscheidende Punkt ist aber, dass auch der:die *schlechteste Therapeut:in* alle genannten Maßnahmen durchführen kann, also „alles richtig“ machen kann, ohne dass seine:ihre Behandlungen dadurch besser werden. Wahrscheinlich wird es dann auch bald Kurse geben mit Titeln wie „QS-Dokumentation leichtgemacht!“ oder „Wie vermeide ich, ein Qualitätsproblem attestiert zu bekommen?“. Mit anderen Worten: die vom IQTIG vorgeschlagene Dokumentation ist im besten Fall eine Checkliste/Erinnerungshilfe (allerdings eine recht

zeitaufwändige). Entscheidend ist aber, dass sie weder dazu beiträgt, Behandler:innen mit einem Qualitätsproblem zu identifizieren, noch bestehende Qualitätsprobleme zu beheben, da die Behandlungen durch diese Dokumentation nicht besser werden.

Der Patient:innen-Fragebogen

Der vorgeschlagene Patient:innen-Fragebogen enthält 40 Fragen/Items und soll einmalig am Ende einer Behandlung ausgefüllt werden.

Die meisten der Items beziehen sich darauf, ob der:die Therapeut:in zu Beginn der Therapie über basale Aspekte informiert hat, z.B. „wie häufig die Sitzungen prinzipiell stattfinden können“, „dass die Therapie unterbrochen werden kann“, welche Regelungen bei Absagen bestehen, „wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann“, „dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirkt“, dass „eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann“.

Zudem wird gefragt, ob zu Beginn der Therapie und im weiteren Verlauf über Therapieziele gesprochen wurde, ob im Verlauf über die „Gründe der psychischen Beschwerden“ gesprochen und „Symptome erklärt“ wurden, ob über „weitere Behandlungsangebote“ und „weitere Unterstützungs- und Beratungsangebote“ informiert wurde, ob während der Psychotherapie an den für den:die Patient:in wichtigen Themen gearbeitet wurde, ob der:die Therapeut:in Rückmeldung zu Stand der Behandlung und zu Fortschritten gegeben hat.

Ein weiterer Fragenblock bezieht sich eher auf Atmosphärisches in der Therapie bzw. auf Aspekte des Erlebens der therapeutischen Beziehung: so wird beispielsweise gefragt, ob die Patient:innen den Eindruck hatten, dass die:der Psychotherapeut:in sich für „Ihre Probleme und Sorgen interessiert“, diese „ernst genommen“ und „verstanden“ und „aufmerksam zugehört“ hat, ob die:der Psychotherapeut:in „abwesend gewirkt“ oder den:die Patient:in „nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen“ hat, ob der:die Patient:in „offen über Probleme und Sorgen sprechen“ konnte und ob er:sie „Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / ihrem Psychotherapeuten“ hatte.

Der auf die Therapie bezogene Teil des Fragebogens schließt mit sehr wenigen Fragen zum „Outcome“ ab, beispielsweise ob es besser oder schlechter geht, ob hilfreiche „Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen wurden“, an welchen Themen (z.B. Beziehungen, Freizeitgestaltung, Alltagsbewältigung, Vergangenheitsbewältigung) gearbeitet wurde und inwiefern sich an den Themen etwas verbessert oder verschlechtert hat, ob die Ziele erreicht

wurden, und ob der:die Patient:in „im Verlauf der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt“ wurde.

Diese Fragen können nur schwerlich, wenn überhaupt, die Qualität einer psychotherapeutischen Behandlung erfassen:

- Im ersten Teil wird der:die Patient:in gewissermaßen benutzt, um die Einhaltung des Patientenrechtegesetzes durch die Behandler:innen zu kontrollieren; zudem ist hier fraglich, ob die Angaben insbesondere bei längeren Behandlungen rückwirkend noch verlässliche Informationen liefern. Hier gilt außerdem wie oben bei der Therapeut:innen-Dokumentation, dass ein:e Therapeut:in all das Erfragte gemacht haben kann und dennoch schlechte therapeutische Arbeit leistet.
- Der zweite Teil zielt auf die subjektive Wahrnehmung der Atmosphäre in der Therapie und auf Aspekte der therapeutischen Beziehung ab, letztlich, ob der:die Patient:in den:die Therapeut:in als eine zugewandte Person erlebt hat. Das ist zwar wichtig, kann bezüglich der Frage nach der Qualität einer Therapie aber dennoch sehr in die Irre führen: insbesondere bei schwerer gestörten Patient:innen mit Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen ist nicht zu erwarten, dass deren Angaben zu diesen Fragen Rückschlüsse auf die Qualität des Behandlungsprozesses zulassen, da Einschätzungen der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung von Störungs- und Persönlichkeitsvariablen abhängen (z.B. Castonguay et al. 2006; Munder et al. 2010; Ruchlewska et al. 2016; Shattock et al. 2018; Sallin et al. 2021). Zudem verwundert hier, dass ein gänzlich neues (und damit nicht validiertes) Instrument entwickelt wurde, anstatt auf die seit dreißig Jahren psychometrisch bestens überprüften Instrumente zurückzugreifen.
- Der letzte Teil („outcome“) ist eine Abfrage der subjektiven Zufriedenheit mit dem Ergebnis, also eine Art „consumer report“-Befragung. Diese wenigen Fragen wären sicher am ehesten geeignet, um Rückschlüsse auf die Qualität der Behandlungen eines:r Psychotherapeut:in vorzunehmen („Gute Prozesse erkennt man an guten Ergebnissen“). Aber auch hier bestehen massive Einschränkungen, z.B.
 - weil wiederum bei schwer beeinträchtigten Patient:innen keine verlässlichen Angaben zu erwarten sind,
 - weil aufgrund der fehlenden Baseline-Daten keine Risikoadjustierung möglich ist und somit die üblicherweise „bescheideneren“ Ergebnisse bei schwerer beeinträchtigten Patient:innen (z.B. Kvarstein et al. 2019; Sahin et al. 2018; Mütze et al. 2021) negativ in die Bilanz einer Praxis eingehen, und

- weil sich wirklicher Erfolg oder Misserfolg einer Psychotherapie meist erst in längeren Zeiträumen *nach* der Behandlung zeigt (*Nachhaltigkeit der Ergebnisse*) und mit der in der Therapie entwickelten psychischen *Resilienz* zusammenhängt (z.B. Huber et al. 2017).

Rückmeldungen über die Ergebnisse bekommt die Einrichtung/Praxis nur in sehr großen Abständen (geplant sind wohl alle zwei Jahre) und dann auch nur zusammengefasst, sodass die Behandler:innen nicht wissen, bei welcher Behandlung problematische Qualitätsindikatoren entstanden sind. Solche allgemeinen „Rückmeldungen“ sind für eine Qualitätssicherung nicht vernünftig nutzbar.

Negative Lenkungswirkung des IQTIG-Verfahrens

Wie ich hoffentlich verständlich machen konnte, ist das vom IQTIG vorgelegte QS-Verfahren aus meiner Sicht nicht geeignet, um die Qualität ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen zu verbessern: mit diesem Verfahren ist es weder möglich, nachhaltig schlecht arbeitende Psychotherapeut:innen zu identifizieren, noch laufende Behandlungen zu unterstützen. Das Verfahren erfüllt somit die wichtigsten Funktionen der Qualitätssicherung nicht.

Stattdessen wird das vom IQTIG vorgelegte QS-Verfahren – insbesondere der Patient:innen-Fragebogen – eine sehr **negative Lenkungswirkung** entfalten: Patient:innen mit schweren psychischen Störungen bzw. allgemein die „schwierigen“, chronifizierten, komorbid- und/oder persönlichkeitsgestörten, psychotischen, abhängigen, älteren, weniger gebildeten etc. Patient:innen werden zukünftig noch deutlich schlechtere Chancen auf einen ambulanten Psychotherapie-Platz haben als ohnehin schon (vgl. Grabe & Giertz 2020), da das QS-Verfahren des IQTIG so angelegt ist, dass die Behandlung dieser Patient:innen für die Behandelnden das Risiko, ein Qualitätsproblem attestiert zu bekommen, deutlich erhöht.

Letztlich würde mit der Implementierung des vom IQTIG vorgelegten QS-Verfahrens also ein extrem aufwändiges (und damit ja auch teures) System etabliert, welches nicht nur die Ziele verfehlt, sondern zudem äußerst negative Effekte im Feld entfalten würde.

Verstärkt wird diese negative Lenkungswirkung noch durch die geplante Veröffentlichung von Einrichtungsvergleichen: Im August 2021 wurde mit der Verabschiedung des *Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung* (GVWG) ein neuer Absatz zu §136a des SGB

V eingeschleust: „(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 ... einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zwecke der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer [...] Die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse hat einrichtungsbezogen und regelmäßig zu erfolgen [...]“. Die Aussicht, mit möglicherweise die Qualität der Arbeit sehr verzerrenden negativen „Qualitätsindikatoren“ an den öffentlichen Pranger gestellt zu werden, wird die Bereitschaft, „schwierige“ Patient:innen in Behandlung zu nehmen, noch weiter verringern.

Hinzu kommt, dass, sollte das „Gutachterverfahren“ wie geplant mit Einführung des IQTIG-QS-Verfahrens entfallen, Psychotherapeut:innen mit Regress bedroht sind, beispielsweise wenn sie „zu lange“ Behandlungen durchführen. Das Gutachterverfahren beinhaltet eine Vorab-Prüfung der „Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit“, die vor rückwirkenden Regress-Forderungen schützt (vgl. Hauten & Jungclaussen 2022). Patient:innen mit schweren psychischen Störungen benötigen aber üblicherweise längere Behandlungen. Die Notwendigkeit dieser ist im IQTIG-QS-Verfahren nicht abbildbar, sodass zusätzlich zu den oben genannten Problemen, Behandlungen mit schweren psychischen Störungen mit einem Regress-Risiko einhergehen. Auch dies würde unweigerlich dazu führen, dass schwer gestörte Patient:innen noch schlechter ambulante Behandlungsplätze finden.

Was wären mögliche Alternativen?

Zentral für die Qualität von Psychotherapien ist insbesondere die Kompetenz der Psychotherapeut:innen: Psychotherapeut:innen unterscheiden sich in ihrer Wirksamkeit zum Teil erheblich (Baldwin & Imel 2013; Wampold et al. 2018).

Durch die Reform des PsychThG befindet sich ein Großteil des Systems der Psychotherapie-Ausbildung aktuell in einem Transformationsprozess. Die bisherigen Berufe Psychologische:r Psychotherapeut:in sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in werden durch das neue PsychThG, die darauf bezogene PsychThApprO und die gerade verabschiedete Musterweiterbildungsordnung völlig neu geregelt. Erwartet werden können deutlich besser und vor allem auch umfassender aus- und weitergebildete Psychotherapeut:innen: die zukünftigen Psychotherapeut:innen werden eine universitäre Grundausbildung in allen wissenschaftlich

anerkannten Verfahren und Methoden erhalten, sie werden umfangreich in Gruppentherapie ausgebildet sein, und sie werden mehr Erfahrung in der ambulanten Behandlung von Patient:innen mit schweren Störungen haben.

Insofern wäre es dringend zu überlegen, ob es Sinn macht, mitten in diesen Transformationsprozess eine weitere massive Veränderung, wie es das IQTIG-QS-System darstellt, durchzuführen, oder ob es nicht klüger ist, ein neues QS-System einzuführen, wenn die Transformation des Ausbildungssystems weitgehend abgeschlossen ist.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Ich bin nicht grundsätzlich gegen eine Qualitätssicherung unter Zuhilfenahme quantitativer Daten. Aber diese sollten so beschaffen sein, dass sie den Zielen von Qualitätssicherung dienen können.

Dazu ist es erforderlich, aussagekräftige Erhebungen vor, während und nach Behandlungen durchzuführen, inklusive längerer Katamnese-Erhebungen:

- Erst durch aussagekräftige diagnostische Informationen (z.B. bzgl. Schweregrad, Komorbidität, Beeinträchtigung von Persönlichkeitsfunktionen, Chronifizierung) vor Behandlungsbeginn können routinemäßig Risiko-Adjustierung vorgenommen werden, die für die Bestimmung von einrichtungsbezogenen „Qualitätsproblemen“ und für Vergleiche zwischen Einrichtungen unverzichtbar sind.
- Um die Möglichkeit zu schaffen, laufende Prozesse zu reflektieren und ggf. therapeutisch nachzusteuern, sind Feedbacksysteme während der Behandlungen notwendig (je nach Behandlungsverfahren /-methode mit unterschiedlichen Instrumenten und Zeitabständen).
- Um Einrichtungen mit gravierenden/nachhaltigen Qualitätsproblemen identifizieren und ihnen individuelle Unterstützung anbieten zu können, sind erstens wiederum Risiko-Adjustierungen und zweitens hinreichend lange Katamnese-Erhebungen notwendig.

Für Qualitätssicherung nutzbar sind solche Daten nur dann, wenn die diagnostischen Befunde der Einrichtung/Praxis zusätzliche differenzierte Informationen über die:den jeweiligen Patient:in vermitteln, über jede einzelne Behandlung (sowohl als Feedback *während* der Therapie, als auch durch die *Katamnese*-Ergebnisse), und über das „Abschneiden“ im Vergleich zu dem Durchschnitt anderer Einrichtungen mit ähnlichen Patient:innen. Es läge dann in der Verantwortung aber auch Freiheit der Einrichtung/Praxis, diese Informationen zur Überprüfung der Qualität der eigenen Arbeit zu nutzen, ggf. Supervision oder Intervision in Anspruch zu nehmen, Fortbildungen zu absolvieren etc.. Solche (durchaus je nach

Psychotherapieverfahren variierbaren) datengestützten QS-Systeme könnten schon in den zukünftigen Weiterbildungsambulanzen implementiert werden.

Statt, wie aktuell geplant, aus unnützen bis erwartbar verzerrten Daten (siehe oben) einrichtungsbezogene „Qualitätsindikatoren“ abzuleiten, diese einrichtungsbezogen in einem „Online-Qualitäts-Portal“ zu publizieren und daraus Sanktionen (z.B. Vergütungsabschläge) abzuleiten, wäre es im Sinne einer Qualitätssicherung sehr viel zielführender, über *Qualitätskommissionen* in den Psychotherapeuten-/Ärzte-Kammer nachzudenken. Solche *Qualitätskommissionen* könnten analog der *Ethikkommissionen* in den Kammern eingerichtet werden: Bei gravierenden/beständigen negativen Qualitätsindikatoren würde die *Qualitätskommissionen* aktiv werden, Kontakt mit der Einrichtung/Praxis aufnehmen, die Sachverhalte versuchen zu klären, ggf. Empfehlungen oder Auflagen bezüglich Supervision, Fortbildungen zu erteilen etc.. Die Ansiedelung der QS in den Kammern dürfte das Vertrauen in und das Commitment zu einem solchen QS-System deutlich erhöhen.

Im Sinne der Erhöhung der Bereitschaft zur Übernahme von Behandlungen schwerer beeinträchtigter Patient:innen sollte zudem das „Gutachterverfahren“ in irgendeiner Form erhalten werden. Zielführend wäre am ehesten eine Kombination beider Systeme: eine für jede einzelne (Langzeit-)Behandlung erfolgte vorgezogene Prüfung der „Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit“, die vor rückwirkenden Regress-Forderungen schützt, sowie eine datengestützte Qualitätssicherung, durch Feedbacksysteme und Qualitätskommissionen, wie sie hier skizziert wurde.

Mit freundlichen Grüßen,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Cord Benecke', written in a cursive style.

[Cord Benecke]

Literatur

- Baldwin, S.A., Imel, Z.E. (2013): Therapist effects. Findings and methods. In: Lambert, M.J. (Hg.): Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6. Auflage, S. 258–297. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Castonguay, L.G., Constantino, M.J., Holtforth, M.G. (2006): The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy (Chic)* 43, 271–279.
- Grabe, H.J., Giertz, K. (2020): Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in den psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgungssystemen von Deutschland. *Psychotherapie Forum* 24, 100–107.
- Hauten, L., Jungclaussen, I. (2022): Gutachterverfahren in der Psychotherapie: Ungeliebter Freund. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 110–112.
- Huber, D., Zimmermann, J., Klug, G. (2017): Change in personality functioning during psychotherapy for depression predicts long-term outcome. *Psychoanalytic Psychology* 34, 434–445.
- Kvarstein, E.H., Pedersen, G., Folmo, E., Urnes, Ø., Johansen, M.S., Hummelen, B., Wilberg, T., Karterud, S. (2019): Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline personality disorder - the impact of clinical severity. *Psychol Psychother* 92, 91–111.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H.W., Barth, J. (2010): Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clin Psychol Psychother* 17, 231–239.
- Mütze, K., Witthöft, M., Bräscher, A.-K. (2021): Die Prognose psychotherapeutischer Behandlungsergebnisse im naturalistischen Setting durch Belastungsindikatoren zu Behandlungsbeginn. *Verhaltenstherapie*, 207–216.
- Ruchlewska, A., Kamperman, A.M., van der Gaag, M., Wierdsma, A.I., Mulder, N.C.L. (2016): Working Alliance in Patients with Severe Mental Illness Who Need a Crisis Intervention Plan. *Community mental health journal* 52, 102–108.
- Sahin, Z., Vinnars, B., Gorman, B.S., Wilczek, A., Åsberg, M., Barber, J.P. (2018): Clinical severity as a moderator of outcome in psychodynamic and dialectical behavior therapies for borderline personality disorder. *Personality Disorders* 9, 437–446.
- Sallin, L., Geissbühler, I., Grandjean, L., Beuchat, H., Martin-Soelch, C., Pascual-Leone, A., Kramer, U. (2021): Self-Contempt, the Working Alliance and Outcome in Treatments for Borderline Personality Disorder: An Exploratory Study. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research* 31, 765–777.

Shattock, L., Berry, K., Degnan, A., Edge, D. (2018): Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clin Psychol Psychother* 25, e60-e85.

Wampold, B.E., Imel, Z.E., Flückiger, C. (2018): *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. 1. Auflage. Bern: Hogrefe.