

## 7 Der Prognose-Score: differenzialindikatorische »Tastversuche«

KLAUS LIEBERZ , LUCIE ADAMEK ,  
BERTRAM KRUMM

### 7.1 Einleitung

Die Frage nach den prognostischen Aussichten ist in die Zukunft gerichtet, und diese ist bekanntermaßen ungewiss. Dennoch ist diese Frage auch im Rahmen der RLPT von entscheidender Bedeutung. Sie berührt zum einen das Problem der Indikationsstellung (Kap I.1 und 2) und hierbei die Entscheidung, ob im jeweiligen Fall eine Langzeittherapie im Rahmen der Richtlinien notwendig und wirtschaftlich ist, oder ob nicht mit einem geringeren Aufwand auch außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie ein ausreichendes Therapieergebnis erzielt werden könnte (z.B. im Rahmen einer hausärztlichen/fachärztlichen medikamentösen Behandlung oder im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung usw.). Damit sind also auch differenzialindikatorische Überlegungen verbunden, gilt es doch zu entscheiden, welche Behandlung zu diesem Zeitpunkt für diesen Patienten das beste Ergebnis verspricht. Insofern ist die Einschätzung der prognostischen Aussichten natürlich auf das Engste auch mit dem Ergebnis und der Ergebnisforschung verknüpft. Dabei gilt es, die international sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, denn es ist natürlich auch hinsichtlich der Erwägung der prognostischen Aussichten von wesentlicher Bedeutung, dass diese Rahmenbedingungen in die Überlegung einbezogen werden (s. Kap II.9). So macht es einen entscheidenden Unterschied, ob die Behandlung z.B. vom Patienten selbst finanziert wird/werden kann, ob ein Elternteil oder der Partner die Kosten der Behandlung übernimmt oder ob, wie in Deutschland, die gesetzliche oder private Krankenversicherung für die Behandlung aufkommt. Die damit verbundenen unterschiedlichen Abhängigkeiten des Patienten berühren selbstverständlich auch die Frage nach seinem Bewegungsspielraum und seinen Entscheidungsmöglichkeiten. Abgesehen davon spielen die unterschiedlichsten Variablen bei der Abschätzung der prognostischen Aussichten eine mehr oder weniger gewichtige Rolle, was es so schwer machen kann, hier zu einem einigermaßen verlässlichen Urteil zu kommen.

Von entscheidendem Einfluss ist der engere Rahmen, in dem die Behandlung des Patienten stattfindet. Hiermit sind die Praxisbedingungen des Therapeuten ge-

meint (Lieberz et al. 2013, Luborsky et al. 1971, Orlinsky und Rønnestad 2005, Messer und Palmowski 2014, Pompecki 2021). Es macht einen großen Unterschied, ob der Therapeut in eigener psychotherapeutischer Praxis tätig ist, ob er als ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut eine Einzel- und Gemeinschaftspraxis führt, ob er gesetzlich versicherte oder privat versicherte Patienten behandelt. Wenn er stattdessen in einem Ambulatorium oder einer Klinik tätig ist, wird er ganz andere Patienten zu sehen bekommen und ganz andere Erfahrungen machen. Von daher ist nicht verwunderlich, dass es in erster Linie Therapeuten und Behandler in größeren ambulanten oder klinischen Einrichtungen gewesen sind, die sich sehr frühzeitig mit einem breiten Spektrum sehr unterschiedlicher Patienten konfrontiert und sich deshalb auch gezwungen sahen, ihr therapeutisches Vorgehen auf die unterschiedlichen Patienten und deren Voraussetzungen einzustellen. In Deutschland wurden insofern erste Erfahrungen dieser Art am Berliner psychoanalytischen Ambulatorium gewonnen (Dührssen 1994), und es begannen schon bald erste Bemühungen, auch die prognostischen Aussichten abzuschätzen und die Vorgehensweise zu modifizieren. Nach dem zweiten Weltkrieg wurde diese Tradition am Institut für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin aufgenommen und weitergeführt; es wurden Dokumentationen erstellt und Daten gesammelt, um die Beobachtungen einzuordnen und zu systematisieren (Dührssen 1986, 1994). Auch die Klinik in Tiefenbrunn/Göttingen sah in der Erhebung entsprechender Daten entscheidende Vorteile, und auf dieser Grundlage konnte dann F. Heigl (1972) schon früh sein bahnbrechendes Werk zur prognostischen Einschätzung in der analytischen/tiefenpsychologischen Therapie vorlegen. Diese Ergebnisse wurden in der Folgezeit bestätigt und weiter ausgebaut und spielten auch eine bedeutende Rolle in der Modifizierung analytischer Behandlungsansätze. So wurden die Voraussetzungen für eine eigentliche Kurzzeittherapie beschrieben, also für Patienten, die mit einer sehr begrenzten und kurzfristigen therapeutischen Hilfestellung schnell wieder in Balance zu bringen waren und eigenständig bei guter Gesundheit ihren Weg fortsetzen konnten (Balint et al. 1973, Beck 1974, Dührssen 1988, Malan 1963, 1976, Sifneos 1992). Es wurde versucht herauszuarbeiten, welche Patienten ohne weitreichende regressive Bewegungen gesunden konnten oder welche eher eine stärkere regressive Auslenkung zur Heilung benötigten. Patientengruppen wurden identifiziert, bei denen tiefere regressive Erfahrungen eher vermieden werden sollten, oder auch solche, die in einer Gruppentherapie eine förderliche Entwicklung nehmen konnten (Clarkin et al. 2001, Doehring et al. 2007, Dührssen 1986, 1988, Ermann 2004, Heigl-Evers 1982, 1983, Fürstenau 2005, Kernberg 1988, 1993, Lieberz 1998, Richter et al. 2002, Rudolf 1974, 2002, 2004, 2010, Rudolf und Rüger 2001, Rüger 1981, 2002). Im Rahmen der Ergebnisforschung spielt die Erfassung der jeweiligen Indikatoren und Prädiktoren eine bis heute ungebroschen große Rolle. Wie in Kap III.2 noch näher ausgeführt werden wird, sind dabei die Voraussetzungen des Patienten zu Recht von ganz entscheidendem Be-

lang. Welche Bedeutung hinsichtlich des erreichbaren Ergebnisses einer Therapie dem Therapeuten und der Patient-Therapeuten-Konstellation zukommt, wird bis heute allerdings aus verschiedenen Gründen kaum hinreichend erfasst (Diamond et al. 2003, Dunkle und Friedländer 1996, Garfield 1994, Hentschel et al. 1997, Hilliard et al. 2000, Lambert et al. 1983, Lambert 2013, Lambert und Barley 2002, Luborsky et al. 1971, Muran und Barber 2010, Norcross 2011, Norcross et al. 2005, Norcross und Lambert 2005, Norcross und Wampold 2011, Roth und Fonagy 2005a).

Auf Grundlage der im Rahmen des MARS-Projektes gesammelten Informationen soll im Folgenden der Versuch gemacht werden, die Patienten hinsichtlich ihrer voraussichtlichen prognostischen Aussichten einzuschätzen. Dies erschien uns auch deswegen bedeutsam, weil die Einschätzung der prognostischen Aussichten nach den Erfahrungen in der Begutachtung zum Nachdenken anregen müssen. Bei den im MARS-Projekt untersuchten Berichten wurden seitens des Gutachters in fast der Hälfte der Fälle Zweifel an den prognostischen Aussichten angebracht, und in etwa 23% der Fälle hatte der Gutachter den Eindruck, dass das gewählte Behandlungskonzept zu viel verspricht. Zur Erfassung der prognostischen Einschätzung wurden jetzt aus den in den Berichten niedergelegten Informationen die Variablen zusammengelegt, die nach den bisher vorliegenden Erfahrungen und Erkenntnissen einen wesentlichen Aufklärungsbeitrag zur Entwicklungsfähigkeit eines Patienten liefern können. Nach den vorliegenden epidemiologischen Langzeituntersuchungen ist davon auszugehen, dass sowohl die biografischen Ausgangsbedingungen wie auch die zum Untersuchungszeitpunkt festzustellende Beeinträchtigungsschwere im Zusammenhang mit der sozialen Situation (schulische und berufliche Entwicklung) verlässliche Prädiktoren für die weitere Entwicklung eines Menschen sein werden und auch weitgehend den Bewegungsrahmen bestimmen, in dem sich mit und ohne Therapie die Erfolgsaussichten bewegen (Franz et al. 2000, Hentschel et al 1997, Lieberz et al. 1998, Lieberz et al. 2011, Rudolf und Motzkau 1997, Schepank 1987, 1990). Im Vordergrund soll dabei vor allem die Frage stehen, ob sich mit den wenigen verlässlichen Angaben, die den Therapeutenberichten entnommen werden können, ein geeignetes Instrument entwickeln lässt, das einen Beitrag zur Differenzierung unterschiedlicher Patientengruppen hinsichtlich ihrer prognostischen Aussichten geben könnte.

## 7.2 Methodik

Für die Entwicklung eines solchen Instruments wurden folgende Informationen herangezogen. Zum einen wurde der Bildungsstand des Patienten berücksichtigt (Abitur/Fachabitur vs. kein Abitur). Weiters wurde die biografische Risikobelastung mit Hilfe des schon früher beschriebenen modifizierten Risiko-Indexes einbezogen. Der bei Behandlungsbeginn vorliegende Schweregrad der Störung wurde mittels

der BSS-Einschätzung des Gutachters einbezogen (BSS niedrig bis 5 Punkte vs. BSS hoch  $\geq 7$ ). Außerdem wurde die Zahl der Vorbehandlungen erfasst (0–1 vs. mehrfach). Für die ins Auge gefasste Einschätzung der prognostischen Aussichten erschien uns das Vorliegen einer Suchterkrankung ebenfalls notwendig (nein/ja). Wir entschlossen uns, jeden einzelnen Punkt gleich zu bewerten, und zwar mit 0 Punkten (nicht vorhanden) oder 5 Punkten (vorhanden). Der Gesamtscore des auf diese Weise konstruierten Prognose-Scores rangiert damit zwischen 0 und 25 Punkten.

In einem zweiten Schritt bestimmten wir eine Gruppe mit voraussichtlich günstigen prognostischen Aussichten und eine Gruppe mit voraussichtlich eher ungünstigen prognostischen Aussichten. Als erste Gruppe (günstige Aussichten/niedriger Score) wählten wir die beihilfeberechtigten/privat versicherten Patienten aus (Ullrich 2021). Die Gruppe von Patienten, die in ein Obergutachterverfahren gekommen waren, erschien uns andererseits dazu geeignet, als Referenzgruppe für Patienten mit eher ungünstigen prognostischen Aussichten zu dienen (Lieberz und Seiffge 2011). Alle anderen Patienten wollten wir sodann mit diesen beiden Referenzgruppen vergleichen und sehen, ob wir mit Hilfe des hier entwickelten einfachen Prognose-Scores eine hinreichende Differenzierung erzielen könnten. Die Frage war demnach, ob wir auf dem gewählten Weg die »guten« von den »schlechten« Fällen würden trennen können, und wie die Verteilung in der Restgruppe sich darstellt. Damit gab es also drei Untersuchungsgruppen:

Gruppe 1: Obergutachten (Negativgruppe)

Gruppe 2: Beihilfe (Positivgruppe)

Gruppe 3: Restgruppe

### 7.3 Ergebnisse

Zunächst gilt es zu betrachten, wie viele Patienten in der jeweiligen Untergruppe aufzufinden sind (siehe Tabelle 38).

Wie sich zeigt, findet sich in beiden Referenzgruppen eine hinreichend große Anzahl an Patienten, um mit dem gewählten Vorgehen fortfahren zu können.

**Tabelle 38** Gruppenverteilung Prognose-Score

	Häufigkeit	Prozent
Obergutachten	217	18,0
Beihilfe	203	16,8
Rest	788	65,2
Gesamt	1 208	100,0

Die Ergebnisse zwischen den drei Gruppen im Prognose-Score lassen sich mit Hilfe einer univariaten Varianzanalyse gut voneinander abheben (siehe Tabelle 39). Eher geringe Punktwerte zwischen 0 und 5 Punkten weisen 636 Patienten (52,6%) auf, während sich eine mittelgradige Belastung mit 10 bis 15 Punkten bei 469 Patienten (38,8%) zeigt. Hohe Belastungswerte zwischen 20 und 25 Punkten weisen nur wenige Patienten (103/8,5%) auf.

**Tabelle 39** Prognose-Score und Vergleichsgruppen

		Gruppe			Gesamt
		Obergutachten	Beihilfe	Rest	
Prognose	0	39	74	152	265
Gesamtscore		18,0 %	36,5 %	19,3 %	21,9 %
	5	64	74	233	371
		29,5 %	36,5 %	29,6 %	30,7 %
	10	73	42	194	309
		33,6 %	20,7 %	24,6 %	25,6 %
	15	25	9	126	160
		11,5 %	4,4 %	16,0 %	13,2 %
	20	14	4	61	79
		6,5 %	2,0 %	7,7 %	6,5 %
	25	2	0	22	24
		,9 %	,0 %	2,8 %	2,0 %
<hr/>					
Gesamt		217	203	788	1 208
		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Univariate Varianzanalyse:  $F = 28,358$ ;  $p = 0,001$ ;  $df 2$

Einige statistische Kennwerte seien hier kurz zusammengefasst (siehe Tabelle 40).

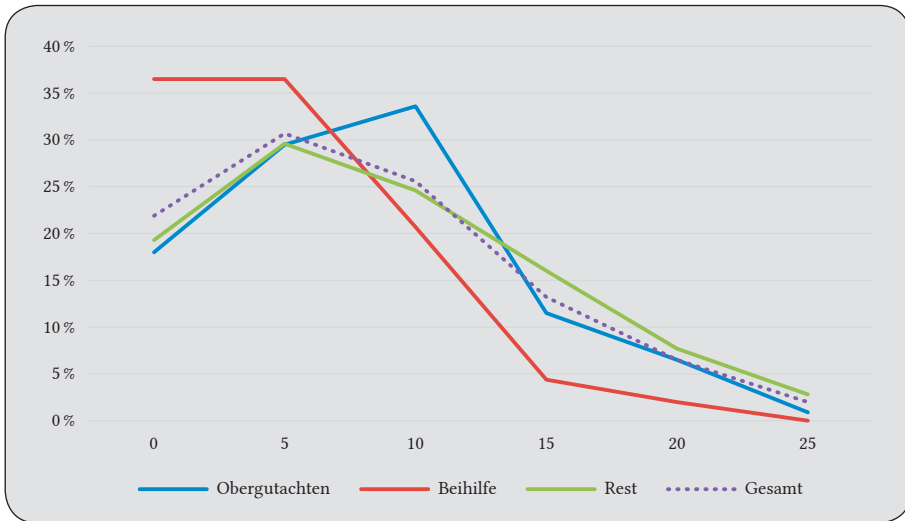
**Tabelle 40** Statistische Kennwerte: Prognose-Score in den Vergleichsgruppen

	Gruppe 1 (B)	Gruppe 2 (OG)	Gruppe 3 Rest	Gesamt
Mittelwert	4,95	8,09	8,59	7,88
Median	5,00	10,00	10,00	5,00
Modus	0	10	5	5
SD	4,823	5,766	6,539	6,285
Min	0	0	0	0
Max	20	25	25	25

Über alle drei Gruppen ergibt sich ein Mittelwert von 7,88 Punkten, ein Median von 5,00 Punkten und eine Standardabweichung von 6,285 Punkten bei einer vollen Ausschreitung der Punktwerte zwischen 0 und 25 Punkten.

Die Ergebnisse sollen zur besseren Veranschaulichung dargestellt werden (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9 Prognose-Score in den Untergruppen



Die Kurvenverläufe lassen insbesondere erkennen, dass die beiden Referenzgruppen in der Tat deutliche Unterschiede in der prognostischen Einschätzung aufweisen. Die Patienten der Obergutachtengruppe (die angenommenen »ungünstigen«) lassen mit ihrer Kurve einen deutlich niedrigeren Anteil an geringer/günstiger Prognosebelastung und eine Verschiebung in den mittelgeradigen bis schweren Belastungsbereich erkennen im Vergleich mit der Referenzgruppe der Beihilfepatienten (der angenommenen »günstigen«). Freilich ist auch bei dieser Gruppe ein kleiner Anteil an schwer beeinträchtigten und prognostisch ungünstig einzuschätzenden Patienten zu erkennen. Interessanterweise lässt sich mit dem flacheren Kurvenverlauf in der Restgruppe der doch deutlich höhere Anteil prognostisch ungünstiger einzuschätzender Verläufe im Vergleich mit der Obergutachtengruppe darstellen. Dies könnte als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die Ablehnung von Behandlungsanträgen durch die Gutachter nicht allein von den prognostischen Aussichten abhängt, sondern vor allem die Kongruenz zwischen Psychodynamik, Behandlungsplan und voraussichtlicher Prognose umfasst.

## 7.4 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung diene vornehmlich dem Versuch, mittels einiger weniger prognostisch erfahrungsgemäß besonders aussagekräftiger Daten einen Score zu konstruieren und auszuloten, ob es mittels eines solchen einfach zu erstellenden Instrumentes möglich sein würde, verschiedene Gruppen von Patienten hinsichtlich ihrer Prognosebelastung zu unterscheiden. Angesichts der nicht immer gegebenen ausreichenden Datenbasis wurden von vornherein nur solche Informationen in den Score eingespeist, die eine relativ sichere Erhebung erwarten ließen (Bildungsstand, Zahl der Vorbehandlungen, Vorliegen einer Suchterkrankung).

Andere in den Score eingegangene Items sind sicher nur vorsichtig und zurückhaltend zu werten. Bei der Erhebung des Risiko-Indexes wurde bereits früher beschrieben, dass angesichts eines erheblichen Mangels harter biografischer Daten in den Therapieberichten nur eine gegenüber der ursprünglichen Version des Risiko-Indexes stark modifizierte Form eingesetzt werden konnte, um die Ausfälle zu berücksichtigen. Unter anderen Untersuchungsbedingungen mit vorgegebenen Datensätzen wäre die biografische Risikobelastung breiter zu erfassen und von daher auch angemessener zu berücksichtigen. Ähnliche Vorbehalte sind gegenüber der hier vorgenommenen Einschätzung der Schwere einer Störung über den Beeinträchtigungs-Schwere-Score (Schepank 1995) anzubringen. Unter anderen Studienbedingungen wäre es sicher möglich, die Beeinträchtigungsschwere, wie vorgesehen, über ein ausführliches tiefenpsychologisches Interview zu erheben und die Einschätzung durch ein Expertenteam vornehmen zu lassen. Die hier vorgenommene Einschätzung durch den Gutachter ist eine Hilfskonstruktion, die dem gegebenen Datenzugang Rechnung trägt.

Zu prüfen wäre also, ob ein solcher Score, wie er hier angedacht wurde, bei besseren methodischen Voraussetzungen in der Tat dazu geeignet sein könnte, verschiedene Patienten nach den zu erwartenden prognostischen Aussichten zu trennen. Natürlich wäre ein solcher Score auch zu verändern und durch andere prognostisch relevante Informationen zu erweitern. Wir möchten allerdings mit unserem Vorschlag dafür plädieren, ein solches Instrument nicht unnötig aufzublähen und alle möglichen Daten in den Score aufzunehmen, sondern zu versuchen, auf Basis einiger weniger, aber aussagekräftiger Items die prognostische Einschätzung anzugehen. Nur so wäre unter den immer begrenzten Forschungsbedingungen damit zu rechnen, dass ein solches Instrument, wenn es sich denn als brauchbar erwiese, auch in größeren Studien zum Einsatz kommen könnte. Natürlich müsste dann in einem weiteren Schritt die Vorhersagekraft der so gewonnenen prognostischen Einschätzung hinsichtlich des Verlaufes und des Ergebnisses von Therapien getestet werden. Wenn es gelingen würde, auf diesem hier skizzierten Wege zu einem einfachen und robusten Instrument mit guter Vorhersagekraft

zu kommen, dann ließen sich damit auch die Weichen für die bis heute ausstehenden differenzialindikatorischen Untersuchungen stellen, und man könnte gezielter der Frage nachgehen, welche Patienten in welche Behandlung gehören und unter welchen therapeutischen Bedingungen am besten gedeihen.