

Einheitliche Beschreibung des subjektiven Befindens von Krebspatienten

Peter Herschbach¹
Tobias Brandl¹
Lucie Knight²
Monika Keller²

Entwicklung einer psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado)

Zusammenfassung

Die psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) ist eine Fremdeinschätzungsskala, mit deren Hilfe das subjektive Befinden von Tumorpatienten beschrieben werden kann. Das Erleben der Patienten wird im Hinblick auf somatische, soziale und psychische Belastungen (12 Items) auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt. Es lassen sich ein psychischer und ein somatischer Summenscore bilden. Ergänzt wird die PO-Bado durch ein Manual und einen Interviewleitfaden. Sie wurden empirisch entwickelt und auf ihre psychometrische Qualität (Validität, Reliabilität, Änderungssensitivität) geprüft. Langfristig soll die Nomenklatur der PO-Bado zur Vereinheitlichung und Transparenz psychoonkologischer Begriffsbildung in der onkologischen Forschung und Praxis beitragen. Sie sollte Bestandteil je-

der onkologischen Anamnese werden. Dies könnte – insbesondere im Hinblick auf Indikationsfragen und die Bewertung von Therapiemaßnahmen – die Versorgungsqualität verbessern.

Schlüsselwörter: Psychoonkologie, psychosoziale Belastung, onkologische Versorgung, Lebensqualität, Krebstherapie

Summary

Standardized Assessment of Subjective Psychosocial Condition of Cancer Patients

The basic documentation for psycho-oncology (PO-Bado) is an expert rating scale for the assessment of the subjective psychosocial condition of cancer patients. On a 5-point Likert scale the experiences of the patients are rated with respect to somatic, social, and

psychological problems (twelve items). Total scores can be calculated for psychological and somatic problems. Instructions on the use of the PO-Bado are available in a manual and interview guideline. The PO-Bado was developed empirically and its psychometric qualities (validity, reliability, sensitivity to change) has been established. In the long run the nomenclature of the PO-Bado is meant to contribute to the standardization and transparency or psycho-oncological terminology in oncological research and practice. It should be an integral part of oncological diagnostics, leading to improved provision of services, especially regarding indication and evaluation for therapeutic interventions.

Key words: psychooncology, psychosocial stress, oncological care, quality of life, cancer therapy

Bei der Behandlung von Krebspatienten wird immer häufiger auch deren subjektives Befinden (in psychischer, somatischer und sozialer Hinsicht) systematisch berücksichtigt. Dies gilt für die Arzt-Patient-Beziehung ebenso wie für die Indikationsstellung für begleitende psychoonkologische Therapiemaßnahmen oder die Evaluation neuer Therapien im Rahmen klinischer Studien. Indikatoren für diese Entwicklung sind die Leitlinienentwicklungen für die Psychoonkologie (10) und die kontinuierlich wachsende Bedeutung des Konstrukts gesundheitsbezogene Lebensqualität (2, 4, 5). Diese Entwicklung kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Beurteilung und Bezeichnung des subjektiven Befindens von Tumorpatienten nach wie vor grundlegende Schwierigkeiten bereitet.

Wenn von subjektivem Befinden von Tumorpatienten die Rede ist, wird intuitiv unterstellt, dass es dafür Begriffe gibt, die eine feste und allgemein

gültige Bedeutung haben. Ein solches Begriffssystem gibt es aber bisher nicht. Der Zustand der Patienten wird zwar von Ärzten tagtäglich beschrieben, sei es im Gespräch mit dem Patienten selbst, in der Kommunikation zwischen Kollegen oder in Befundberichten und in Arztbriefen. Die Begriffe, die dabei benutzt werden, sind jedoch häufig aus der Psychiatrie entlehnt oder umgangssprachig (Beispiele: Der Patient ist unruhig, schlecht drauf, non-compliant, depressiv, aggressiv, er zieht sich zurück, arbeitet nicht mit, verkräftet die Therapie nicht mehr, hat Panik, hat keine soziale Unterstützung). Bei der Verwendung dieser Begrifflichkeiten gibt es mindestens drei Probleme:

- Es ist nicht sichergestellt, dass jeder die gleiche Bedeutung mit diesen Begriffen verbindet.

- Die Begriffe, die der Psychiatrie entstammen, bezeichnen in der Regel psychiatrische Syndrome oder Diagnosen, wie zum Beispiel Depression oder Angst. Sie beschreiben das Befinden der Tumorpatienten häufig unzutreffend oder missverständlich (Beispiel: Angststörungen nach ICD 10 (F40-F42) sind im Grundsatz irrational, was die rationalen Befürchtungen von Tumorpatienten in der Regel nur unzureichend abbildet).

- Eine quantitative Abstufung des entsprechenden Befindens ist nicht ohne weiteres möglich.

Die verbale und schriftliche Kommunikation über das subjektive Befinden von Tumorpatienten innerhalb der klinischen Routine spielt eine große Rolle, weil sie Einfluss auf Behandlungsentscheidungen haben kann. Dies gilt sowohl in somatischer als auch in psychosozialer Hinsicht

¹ Institut und Poliklinik für psychosomatische Medizin, Medizinische Psychologie und Psychotherapie (Direktor: Prof. Dr. med. Michael von Rad) der Technischen Universität München

² Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung (Leiterin: Dr. med. Monika Keller), Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg

ebenso für Indikationsfragen wie für die Bewertung von Therapie. Die eindeutige und spezifische Beschreibung und Klassifizierung des Befindens ist folglich von grundlegender Bedeutung. Die Gefahr von Missverständnissen und deren Folgen ist groß. Wohlge-merkt: Die psychiatrische Diagnostik ist hier kein Ausweg. Zum einen ist die psychiatrische Morbidität von Tumorpatienten kaum höher als in der Durchschnittsbevölkerung (9). Zum anderen sind zum Beispiel Fragen der psychosozialen Betreuungsbedürftigkeit auch unterhalb der psychiatrischen Symptomschwelle relevant.

Die bisher gemachten Ausführungen sollten deutlich machen, dass ein Bedarf für ein Kategoriensystem besteht, das das subjektive Befinden von Tumorpatienten spezifisch, umfassend und verlässlich abgestuft kategorisiert, etwa in Form einer Rating- oder Fremdeinschätzungsskala. Es gibt zwar Vorbilder solcher Ratingskalen. Diese beschränken sich jedoch auf die körperliche Funktionsfähigkeit, wie etwa der Karnofsky-Index (7) oder der Spitzer-Index (8). Ein vergleichba-

res Konzept für das psychische Befinden gab es bisher nicht. Es stehen lediglich Selbsteinschätzungsinstrumente zur Verfügung.

Forschungsprogramm legte Grundstein für PO-Bado

Vor diesem Hintergrund konstituierte sich eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe (Blettner, Gabriele, Wiesbaden; Brandl, Tobias, München; Herschbach, Peter, München; Knight, Lucie, Heidelberg; Schneider, Erhard, Wangen; Schumacher, Andrea, Münster; Strittmatter, Gerhard, Münster), die mit Unterstützung der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO) und der Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (DAPO) ein Forschungsprogramm initiierte. Dieses Forschungsprogramm sollte eine Fremdeinschätzungsskala für das subjektive Befinden von Krebspatienten entwickeln, die

- unabhängig von Therapieschulen, spezifisch, umfassend und erlebnisnah

das subjektive Befinden von Tumorpatienten beschreibt,

- auf alle Diagnosen, Krankheitsstadien und Behandlungssettings anwendbar ist,
- valide und verlässlich ist,
- im klinischen Alltag praktikabel und ökonomisch einzusetzen ist und
- eine Quantifizierung (Scorebildung) einschließt.

Diese Initiative mündete in ein Forschungsprojekt zur Entwicklung einer psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado). Es wird seit 2001 von der Deutschen Krebshilfe gefördert. Die Entwicklung und psychometrische Prüfung der PO-Bado verlief über einen Zeitraum von drei Jahren in drei Stufen. Zunächst wurde auf der Basis von Literaturrecherchen, einer Delphibefragung und der wissenschaftlichen und klinischen Erfahrungen der Arbeitsgruppenmitglieder eine erste Version der PO-Bado erstellt. In einem zweiten Schritt wurde diese Version von 45 Untersuchern in 27 Einrichtungen bei etwa 300 Patienten eingesetzt. Auf der Grundlage der dabei gemachten praktischen Erfahrungen und der statistischen Datenauswertung wurde die zweite Version entwickelt, die 51 Items umfasste. Diese zweite Version wurde anschließend von 109 Untersuchern (Ärzten und Psychologen) bei 746 Patienten (Tabelle) in 68 Einrichtungen (Uni-Klinik, Akut-Krankenhaus, Rehaklinik und Beratungsstelle/Praxis) angewendet.

Auf der Basis dieses Datensatzes wurde die psychometrische Prüfung und Überarbeitung dieser Version vorgenommen. Zur Validierung setzten die Forscher die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, 3) sowie den Fragebogen zu Belastungen von Krebskranken (FBK-R23, 6) ein. Die Reliabilität wurde über die Homogenität der Belastungsskalen und die Prüfung der Inter-Rater-Reliabilität (Zuverlässigkeit bei der Beurteilung von unterschiedlichen Items durch verschiedene Personen) geprüft. Die Auswahl der Items für die Endversion geschah auf der Basis der folgenden psychometrischen Kriterien: Jedes auf die subjektive Belastung des Patienten bezogene Item sollte mit

Tabelle

Charakteristika der Patienten, anhand derer die Endversion der PO-Bado entwickelt wurde

Alter/Jahre (SD)	Jahre	54,0 (12,2)
Geschlecht/Prozent	Weiblich	70,8
Arbeitssituation/Prozent	Berufstätig	18,4
	Krank geschrieben	33,9
	Rente	32,9
	Sonstiges	14,8
Tumorlokalisation/Prozent	Mamma-Ca	36,6
	Hämatologische Erkrankung	12,5
	Colon-/Rektum-Ca	10,7
	Lungen-/Bronchial-Ca	8,3
	Gynäkologische Tumoren	8,2
	Prostata-/Hoden-Ca	7,4
	Magen, Ösophagus, Pankreas	6,2
	Urologische Tumoren	2,7
Sonstiges	7,4	
Metastasen/Prozent	Ja	28,8
Krankheitsstatus Prozent	Ersterkrankung	69,8
	Rezidiv/Zweitumor	19,8
	Remission	8,4
Zeit seit Erstdiagnose/Monate (SD)	Monate	18,8 (34,1)
Behandlungen in den letzten 2 Monaten/Prozent (Mehrfachangaben)	Operation	37,9
	Chemotherapie	37,9
	Bestrahlung	16,6
	Hormontherapie	9,4
	Keine	21,3

Patientenstichprobe (N = 746) SD, Standardabweichung; Ca, Karzinom

PO-Bado Erhebungsbogen

Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)

Ihre Angaben sollen sich auf das subjektive Erleben des Patienten der letzten drei Tage beziehen.

1. Somatische Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Mattigkeit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... Schmerzen.	<input type="checkbox"/>				
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/>				
... weiteren somatischen Belastungen (z. B. Übelkeit Verlust von Körperteilen, sexuellen Funktionsstörungen).	<input type="checkbox"/>				
.....	<input type="checkbox"/>				

Summe

2. Psychische Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter . . .	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>				
... Stimmungsschwankungen/Verunsicherung.	<input type="checkbox"/>				
... kognitiven Einschränkungen (z. B. Konzentrations-/Gedächtnisstörung).	<input type="checkbox"/>				
... Hilflosigkeit / Ausgeliefertsein.	<input type="checkbox"/>				
... Angst / Sorgen / Anspannung.	<input type="checkbox"/>				
... Scham / Selbstunsicherheit.	<input type="checkbox"/>				
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.	<input type="checkbox"/>				
... weiteren psychischen Belastungen (z. B. Wut, Ärger, Schuldgefühle).	<input type="checkbox"/>				
.....	<input type="checkbox"/>				

Summe

3. Zusätzliche Belastungsfaktoren

	ja	nein
... Belastende Probleme im Familien- oder Freundeskreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren (z. B. Probleme mit Ärzten/Pflegenden, Probleme aufgrund drohender bzw. aktueller Pflege-/Hilfsbedürftigkeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitsunabhängige Belastungen beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung. ja nein

© Arbeitsgruppe PO-Bado 2003

mindestens einer HADS- oder FBK-Skala eine signifikante Korrelation von mehr als 0,30 aufweisen. Die höchsten Korrelationen der in der Endversion enthalten Items liegen zwischen 0,34 und 0,54. Mit den ausgewählten Items wurde anschließend eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) berechnet. Es ergab sich eine zweifaktorielle Lösung, wobei dem einen Faktor die somatischen Items und auf dem anderen die psychischen Items zugeordnet wurden. Die innere Konsistenz dieser Skalen wurde mit Cronbach-Alpha bestimmt (Cronbachs Alpha ist ein Maß zur Berechnung der internen Konsistenz einer aus mehreren Items zusammengesetzten Skala) (1). Sie erwies sich als sehr gut (somatisch: Alpha = 0,71; psychisch: Alpha = 0,86).

Die Inter-Rater-Reliabilität wird über das Ausmaß der Übereinstimmung der Einschätzungen von 30 aufgezeichneten Erstgesprächen mit Tumorpatienten durch drei Interviewer bestimmt. Eine Zwischenauswertung von 20 Gesprächen ergab für fast alle Items befriedigende intraklassische Korrelationskoeffizienten (ICC) von mehr als 0,7 (lediglich bei dem Item Hilflosigkeit liegt der Wert mit 0,52 im kritischen Bereich).

Endversion der Basisdokumentation

Die endgültige Version der PO-Bado umfasst zwei A4-Seiten. Der erste Teil beinhaltet die wichtigsten soziodemographischen und medizinischen Parameter des Patienten. Der zweite Teil enthält die Abschnitte „somatische Belastungen“ (4 Items) und „psychische Belastungen“ (8 Items). Diese sind anhand einer fünfstufigen Ratingskala (von 0 [nicht] bis 4 [sehr belastend]) einzuschätzen (*Erhebungsbogen*).

Jedem Patient wird ein somatischer und ein psychischer Belastungsscore zugeordnet. Es wird grundsätzlich das subjektive Empfinden des Patienten und nicht die Symptomstärke eingeschätzt. Wenn der Patient beispielsweise Schlafstörungen angibt, wird ein hoher Wert nur dann angekreuzt, wenn der Patient sehr unter den

Schlafstörungen leidet. Das zu beurteilende Zeitfenster umfasst die letzten drei Tage. Drei weitere Items beinhalten mögliche zusätzliche Belastungen. Hier sind insbesondere soziale Aspekte angesprochen. Außerdem wird beurteilt, ob das Befinden durch krankheitsunabhängige Faktoren beeinflusst wird (zum Beispiel Todesfall in der Verwandtschaft) und ob psychosoziale Betreuung angezeigt ist.

Die PO-Bado wird durch eine Reihe von begleitenden Materialien beziehungsweise Maßnahmen unterstützt. Dabei handelt es sich um

- ein Manual, das die Bedeutung und Anwendung aller Items erläutert,
- einen Interviewleitfaden, der eine bestimmte Konzeption für das Erstgespräch mit dem Patienten vorschlägt,
- eine Interviewer-Schulung und
- eine Computerversion zur automatisierten Dateneingabe.

Die PO-Bado wurde bisher im Akut- und Rehabilitationsbereich, in der stationären und in der ambulanten Behandlung eingesetzt. Ärzte, Krankenpflegekräfte, Psychologen und Sozialarbeiter können die PO-Bado nach entsprechender Einweisung anwenden.

Es hat sich gezeigt, dass der Beurteiler die beste Übereinstimmung erzielt, wenn er sich (nach Kenntnis des Manuals) an dem vorgeschlagenen Gesprächsleitfaden für das psychoonkologische Erstgespräch orientiert (mittlere Dauer: 20 Minuten). Darüber hinaus sollte sich seine Einschätzung eng an die verbalen und non-verbalen Äußerungen des Patienten anlehnen (und somit der Freiraum für unbegründbare Interpretationen eingegrenzt werden), ohne seinen Gesamteindruck in der Gesprächssituation zu vernachlässigen.

Gegenwärtig werden letzte Reliabilitätstests durchgeführt, und es wird geprüft, ob die PO-Bado sich dazu eignet, Veränderungen im Therapieverlauf abzubilden. Im Rahmen einiger Modellprojekte (in Akut- und Rehabilitationskliniken und onkologischen Schwerpunktpraxen) wird außerdem die Praktikabilität der Nutzung des PO-Bado unter Routinebedingungen untersucht. In der Studienzentrale in München wird parallel dazu eine Datenbank aufgebaut, die langfristige Re-

ferenz- beziehungsweise Vergleichswerte für diverse Patientenuntergruppen zur Verfügung stellen soll.

Weitergehende Informationen über die PO-Bado über die Homepage des Projekts <http://www.po-bado.med.tu-muenchen.de>.

Manuskript eingereicht: 25. 9. 2003, revidierte Fassung angenommen 15. 12. 2003

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2004; 101: A 799–802 [Heft 12]

Literatur

1. Bortz J: Statistik für Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Berlin: Springer Verlag 1993.
2. Bullinger M: Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 1997; 47: 76–91.
3. Herrman C: International experience with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997; 42: 17–41.
4. Herschbach P: Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung – wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 2002; 52: 141–150.
5. Herschbach P: Editorial: Das Konzept „Lebensqualität“ verändert die Medizin. Der subjektiven Wahrnehmung des Patienten Respekt zollen. *Münchner Medizinische Wochenschrift* 1999; 41: 57.
6. Herschbach P, Marten-Mittag B, Henrich G: Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2003; 12: 1–8.
7. Karnofsky DA, Abelmann WH et al.: The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer* 1948; 1: 634–656.
8. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, Battista RN, Catchlove BR: Measuring the quality of life of cancer patients. A concise QL-index for use by physicians. *J Chron Dis* 1981; 34: 585–597.
9. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ: Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 1997; 59: 280–293.
10. Weis J, Mehnert A, Koch U: Entwicklung von Leitlinien und Behandlungsstandards für die Psychoonkologie. *Forum DKG* 2003; 4: 30–32.

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Peter Herschbach
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und medizinische Psychologie
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Langerstraße 3
81675 München