

Screeningverfahren in der Psychoonkologie

Testinstrumente zur Identifikation
betreuungsbedürftiger Krebspatienten

Eine Empfehlung der PSO

für die psychoonkologische Behandlungspraxis

P. Herschbach, J. Weis (Hrsg.)

Berlin 2008



DEUTSCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.

1. Einleitung

Der Begriff „Screening“ kommt aus dem Englischen und bedeutet „Ausgieben“ oder „Selektion“. In der Psychoonkologie wird er verwendet, um das Problem zu kennzeichnen, dass mit der Indikationsstellung für professionelle psychoonkologische Behandlung verbunden ist. Woran erkennt man den Krebspatienten, der nach Art oder Umfang so belastet ist, dass er psychoonkologischer Therapie bedarf? Oder anders formuliert: es geht um die Auswahl der Patienten aus einem Kollektiv, die im psychoonkologischen Sinne betreuungsbedürftig sind. Nach dem Stand der Forschung sind dies im Mittel zwischen 25 und 30% aller Krebspatienten (Zabora et al. 2001, Herschbach et al. 2004). Screening-Instrumente sind kurze psychologische Tests oder Interviews, die es dem Psychoonkologen oder Arzt erleichtern, diese Indikation zu stellen bzw. den bedürftigen Patienten herauszufiltern. Sie sind in der Regel einer ausführlichen Diagnostik vorgeschaltet, können jedoch auch alleine eingesetzt werden. Screening-Verfahren können eine ausführliche Diagnostik nicht ersetzen, sondern dienen vielmehr einem pragmatisch orientierten Vorgehen zur Selektion von betreuungsbedürftigen Teilgruppen. Die Notwendigkeit für eine derartige Vorauswahl stellt sich in allen therapeutischen Einrichtungen (Akut- oder Rehabilitationskliniken, Beratungsstellen, Praxen), die nicht genug Personal vorhalten, um jeden einzelnen Krebspatienten ausführlich zu untersuchen zu können.

Ein uneingeweihter Betrachter mag sich die Frage stellen, wozu spezielle Untersuchungen oder Tests hier erforderlich sind. Erkennt nicht der behandelnde Arzt intuitiv die Belastung und den Behandlungsbedarf seiner Patienten (auf der Station oder in der Praxis)? Äußert nicht der betroffene Patient seine Bedürfnisse von sich aus? Stellt nicht der Konsiliarpsychiater die psychische Belastung fest?

Es gibt eine ganze Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass Patienten in der Regel ihre emotionale Befindlichkeit und ihre Unterstützungsbedürfnisse nicht von sich aus äußern (mögliche Ursachen können Scham oder Verleugnung sein), dass der Schluss von den objektiven Symptomen oder Einschränkungen auf das subjektive Befinden sehr unzuverlässig ist und dass sich die ärztliche Fremdeinschätzung sehr mit der individuellen Selbsteinschätzung des Patienten unterscheiden kann (vgl. Keller et al. 2004). Auch die psychische Diagnose (nach ICD oder DSM) ist kein hinreichendes Indikationskriterium, da ein erheblicher Teil der Krebspatienten die Kriterien für eine ICD Diagnose nicht erfüllen und dennoch psychoonkologischer Beratung und Betreuung bedürfen. Dies alles hat nachweislich zur Folge, dass ein unakzeptabel großer

Anteil der Tumorpatienten nicht die Betreuung erhält, die er benötigt, oft weil der Bedarf nicht oder nicht rechtzeitig erkannt wird (Carlson & Bultz 2003, Mehnert et al. 2006).

Aus oben aufgeführten Gründen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die systematische Untersuchung aller Krebspatienten der einzige zuverlässige Weg ist, die betreuungsbedürftigen Individuen zu identifizieren. Diese Tatsache spiegelt sich auch in entsprechenden internationalen und deutschen Leitlinien wieder (vgl. Weis et al 2008, Mehnert et al. 2003, Weis et al. 2003, National Comprehensive Cancer Network 2003).¹ Natürlich sind ausführliche Assessmentverfahren (Interviews, lange Testverfahren) kaum in die medizinische Routinebehandlung zu integrieren. Zeitmangel manifestiert sich nicht selten gerade im psychosozialen Behandlungsfeld.

Ausgelöst durch die wachsende Bedeutung neuer onkologischer Behandlungskonzepte wie Krebszentren (z.B. Brustzentren) oder Disease-Management-Programme (z.B. DMP-Mamma-Ca), die den Einsatz transparenter Screening-Prozeduren vorschreiben, wandten sich in den letzten Jahren immer mehr Kolleginnen und Kollegen an die PSO mit Fragen wie: Welche Instrumente kann ich in der Praxis einsetzen?; Welche sind psychometrisch geprüft?; Wie funktioniert die Auswertung?; Geht das auch ohne Computer?; Ab welchem Schwellenwert ist der Patient wirklich belastet?

Diese Anliegen waren der Anlass, diese Broschüre zu erstellen. Sie ist für Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen und verwandte Berufe geschrieben worden, die in der psychoonkologisch/psychotherapeutischen Beratung und Behandlung von Krebspatienten arbeiten.

Im Folgenden werden fünf Verfahren beschrieben (s. Anhang), die im Expertenkonsens von den Mitgliedern und Beiräten des PSO-Vorstandes empfohlen werden. Derartige Empfehlungen sind bekanntermaßen problematisch, weil es eine Vielzahl von weiteren Verfahren gibt, die prinzipiell auch in Frage kommen (Mehnert et al. 2006, Herschbach 2006). Nichtsdestotrotz bestand ein klarer Konsens für die besagte Auswahl. Kriterien

¹ „Psychosocial service needs of patients and families are assessed systematically using appropriate tools“ (Canadian Cancer Society)

„All patients should be screened for distress at their initial visit, at appropriate intervals, and as clinically indicated“ (American Society of Clinical Oncology)

„Der Bedarf psycho-onkologischer Betreuung von Patienten und Angehörigen wird systematisch mit angemessenen Instrumenten erhoben“ (Empfehlungen zur psycho-onkologischen Betreuung im Akutkrankenhaus, Mehnert et al. 2003)

waren bisherige Praxisbewährung, die Ökonomie (Kürze der Verfahren), die psychometrische Absicherung (u.a. Validität, Reliabilität), das Vorliegen von Vergleichs- und Schwellenwerten, die Auswertbarkeit und Akzeptanz beim Patienten.

Alle Verfahren lassen sich in kurzer Zeit in die Alltagsroutine einbauen, liefern klare Entscheidungshilfen und werden von den Patienten aller Erfahrung nach gut akzeptiert (vorausgesetzt der Zweck wird verständlich kommuniziert).

Manche Verfahren liegen auch als elektronische Version (Dateneingabe am Computer mit sofortiger Auswertung als Papiausdruck) vor, was ein, anhand vieler Studien belegter, machbarer und gut akzeptierter Weg sein kann (Velikova et al. 2007).

Die meisten der im Folgenden beschriebenen Tests bieten sog. Cut-Off-Werte an, die als Indikator für Betreuungsbedürftigkeit gelten. Die Benutzung dieser Schwellenwerte wird von vielen Kollegen gewünscht und kann als schnelle Entscheidungshilfe für den klinischen Alltag hilfreich sein. Es soll an dieser Stelle jedoch auf einige grundsätzliche Probleme im Umgang mit solchen Schwellenwerten hingewiesen werden:

1. Die Schwellenwerte basieren auf einzelnen Studien, deren Repräsentativität nicht immer gut belegt ist.
2. Ein Schwellenwert kann keine Psychische Diagnose ersetzen, die auf der Basis eines ausführlichen Interviews gestellt wurde.
3. Von dem empfohlenen Schwellenwert sollte dann abgewichen werden, wenn er eine größere Anzahl von Patienten indiziert, als anschließend behandelt werden können. In diesen Fällen wird ein, in einer Vorstudie errechneter „hauseigener“ Schwellenwert empfohlen.

Vor diesem Hintergrund können die angegebenen Schwellenwerte nur als eine Orientierung dienen, die gegebenenfalls je nach Fragestellung und Zielsetzung der jeweiligen Untersuchung modifiziert werden müssen.

Wir hoffen, dass die folgenden Informationen verständlich und nützlich sein werden und helfen, die Behandlungsqualität in der psychoonkologischen Praxis zu verbessern.

Peter Herschbach und Joachim Weis

Für die Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO) der Deutschen Krebsgesellschaft

Literatur

Carlson, L.E. & Bultz, B. (2003) Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *J Psychosom Res* 55: 403-409

Herschbach, P. (2006), Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie. *Der Onkologe* 12: 41-47

Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G. et al. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer* 91:504 -11.

Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, J., Knight, L., Riesbeck, M., Löwe, B. et al. (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: A multi-method approach. *Ann Oncol* 15:1243-9.

Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P., Koch, U. (2006). Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie – Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. *Psychother. Psych Med.* 56:462-479.

Mehnert, A., Petersen, C., Koch, U. (2003). Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Z Med Psychol* 12:77 – 84

National Comprehensive Cancer Network (2003). Distress management: clinical practice guidelines. *J Natl Comp Cancer Network* 1:344-74.

Velikova, G., Awad, N., Coles-Gale, R., Wright, E., Brown, J., Selby, P. (2007) The clinical value of quality of life assessment in oncology practice-a qualitative study of patient and physician views. *Psycho-Oncology*, pub. online early view.

Weis, J., Mehnert, A., Koch, U. (2003). Entwicklung von Leitlinien und Behandlungsstandards für die Psychoonkologie. *Forum Deutsche Krebsgesellschaft* 4: 30-32

Weis J, Keller M, Singer S, Wickert M, Werner A, Schwarz R (2008). Diagnoseübergreifende Leitlinien psychoonkologischer Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten. In: Deutsche Krebsgesellschaft (Hrsg.) *Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien 2008*, S. 10-15. Zuckschwerdt Verlag, München.

Zabora, J., Britzenhofeszog, K., Curbow, B., Hooker. C., Piantadosi, S. (2001) The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 10:19 – 28

2. Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

2.1 Autoren des Verfahrens

Zigmond & Snaith, 1983: Originalversion

Herrmann et al. 1995: Deutsche Version

2.2 Autoren des Beitrags

M. Keller

2.3 Quelle

HADS-D Deutsche Version. Bern, Huber 1995.

2.4 Entstehung und theoretisches Konzept des Verfahrens

Der HADS wurde 1983 von Zigmond & Snaith als Screening-Instrument zur Selbsteinschätzung entwickelt, um psychische Belastung (Distress) insgesamt, sowie Ausmaß an generalisierter Angst und Depressivität bei Patienten mit primär somatischen Erkrankungen (nicht krebspezifisch!) zu ermitteln. Der Test erlaubt jedoch keine klinische Diagnose von psychischen Störungen.

Die Itemauswahl erfolgte vor dem Hintergrund, dass v.a. vegetative Symptome (z.B. Appetitlosigkeit, körperliche Schwäche) die in psychiatrischen Depressions-Instrumenten (SCL, BDI) als Zeichen einer depressiven Störung erfasst werden, häufig mit körperlichen Erkrankungen einhergehen und zu einer Überschätzung der Prävalenz (mit geringer Spezifität) führen. Damit sind sie für die Diagnostik von Depression bei somatisch Kranken nur bedingt geeignet.

2.5 Anwendungsbereiche

Screening-Instrument für Patienten mit primär somatischen Erkrankungen (Innere Medizin, Chirurgie); Tumorkranken aller Diagnosen, Stadien und Behandlungsarten; Outcome-Maß in Interventionsstudien und bei Verlaufsuntersuchungen.

2.6 Beschreibung des Verfahrens

Paper-Pencil-Test als Selbst- Beurteilungsinstrument. Aufbau: 14 Items, 2 Skalen, je 7 auf der Subskala „Angst“ und „Depression“. Antwortkategorien: vierstufig, 0 – 3. Antwortbe-

reich 0-21 je Skala (bzw. 42 für HADS- Gesamtwert). Bearbeitungszeit: 5 – 10 Min. Generell gute Akzeptanz. Auswertung manuell in 1-2 Minuten ohne EDV und ohne psychometrische Vorkenntnisse möglich.

Itemzuordnung Angst-Skala: Item 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. Depressions-Skala: Item 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

2.7 Gütekriterien

Die folgenden Angaben beziehen sich auf die deutsche HADS-Version.

2.7.1 Objektivität

gesichert.

2.7.2 Reliabilität

Interne Konsistenz $\alpha = .80$, Test-Retest Reliabilität mit $r > .80$ bis 2 Wochen gut.

2.7.3 Validität

2-faktorielle Struktur (Skala Angst und Depressivität) bestätigt. Konstruktvalidität, d.h. konvergente und diskriminante Validität gut bestätigt (Herrmann, 1997; Herrmann et al. 1998, 1999)

2.8 Vergleichswerte

Normdaten für die deutsche Bevölkerung liegen vor (Hinz & Schwarz, 2001). Nationale und Internationale Vergleichsdaten für eine Vielzahl von Patientenpopulationen mit verschiedenen somatischen Erkrankungen und von Tumorpatienten aller Tumorkategorien, Krankheitsstadien und Behandlungsformen. Die meisten Studien mit größeren Populationen berichten Mittelwerte für die HADS-Gesamtskala zwischen 9 und 15 (Knight 2008, Krauss 2005, Sharpe 2004).

2.9 Schwellenwerte

Als unauffällig bzw. „Non-cases“ gelten Werte von 0 – 7 (jeweils für Angst- und Depressionsskala). Grenzwertig (mögliche „cases“) ist der Wertebereich von 8 – 10. Überschwellig bzw. wahrscheinliche „cases“ sind Probanden mit einem Bereich von 11-21.

Für die Gesamtskala werden bei verschiedenen Krebs-Stichproben Schwellenwerte zwischen 13 und 18 als angemessen angegeben (Keller et al., 2004; Sharpe et al., 2004; Söllner et al., 2001; Walker et al., 2007). Für einen Cut-off Wert von 15 für variieren Anga-

ben zur Sensitivität zwischen 74% und 92% für Depression, zur Spezifität zwischen 80% und 96%. Hier ist die Sensitivität auch für leichtere psychische Störungen (Anpassungsstörungen) zufriedenstellend, bei vertretbaren Werten für die Spezifität. Bei diesem Wert ist in durchschnittlichen Krebspopulationen mit 25% bis 30% Patienten mit überschwelligen Werten zu rechnen, in Hochrisiko-Settings (z.B. Palliativbehandlung) mit 40-60%. Diese Patienten sollten klinisch-diagnostisch und zur Klärung des aktuellen Behandlungsbedarfs evaluiert werden (Sommerfeldt et al., 2007).

2.10 Literatur

Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression scale - a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 42:17-41

Herrmann, C., Brand-Driehorst, S., Kaminsky, B., Leibing, E., Staats, H. & Rüger, U. (1998). Diagnostic groups and depressed mood as predictors of 22-month mortality in medical inpatients. *Psychosom Med* 60:570-7.

Herrmann, C., Kaminsky, B., Rüger, U. & Kreuzer, H. (1999). Praktikabilität und klinische Relevanz eines routinemäßigen psychologischen Screenings von Patienten internistischer Allgemeinstationen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 49:48-54.

Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G. et al. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer* 91:504 -11.

Hinz, A. & Schwarz, R. (2001). Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung. *Psychother Psychosom med Psychol* 51:193-200.

Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, J., Knight, L., Riesbeck, M., Löwe, B., Ch, H. & Lehner, T. (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: A multi-method approach. *Ann Oncol* 15:1243-1249.

Sharpe, M., Strong, V., Allen, K., Rush, R., Postma, K., Tulloh, A., Maguire, P., House, A., Ramirez, A. & Cull, A. (2004). Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs. *Br J Cancer* 90: 314-320.

Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G. & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer* 84 (2): 179-185.

Sommerfeldt, S., Ihrig, A., Brechtel, A. & Keller, M. (2007). Psychoonkologisches Screening in der Routineversorgung. *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 1: 293-297.

Walker, J., Postma, K., McHugh, G., Rush, R., Coyle, B., Strong, V. & Sharpe, M. (2007). Performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool for major depressive disorder in cancer patients. *J Psychosom Res* 63:83-91

2.11 Kontakt mit dem Testautor

Prof. Christoph Herrmann-Lingen, Abt. Psychosomatik und Psychotherapie, Georg August Universität Göttingen. Email: cherrma@gwdg.de

3. Hornheider Screening-Instrument (HSI)

3.1 Autoren des Verfahrens

Strittmatter, Mawick, Tilkorn

3.2 Autoren des Beitrags

G. Strittmatter, M. Gerhards

3.3 Quelle des Verfahrens

Das Hornheider Screening-Instrument kann über den Erstautor kostenfrei bezogen werden (gerhard.strittmatter@fachklinik-hornheide.de).

3.4 Entstehung und theoretisches Konzept des Verfahrens

Das Hornheider Screening-Instrument (HSI) wurde aus einem umfangreicheren Fragebogen, dem Hornheider Fragebogen (HF) abgeleitet. Während der HF ein Instrument speziell für Patienten mit dermatologischen Krebserkrankungen darstellt und Fragen enthält, die erst nach Aufbau einer vertrauensvollen Patient-Behandler-Beziehung thematisiert werden sollten (z.B. Fragen zur Angst vor dem Fortschreiten der Krankheit), sind die im HSI enthaltenen Items auch für eine Befragung im Erstkontakt (Erstgespräch des Arztes, der Pflegekraft, des psychosozialen Mitarbeiters) und für onkologische Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen geeignet. Zentrales Ziel bei der Entwicklung des HSI war es, die relevanten, mit dem (validen und reliablen) HF abgebildeten Dimensionen der Betreuungsbedürftigkeit zu erfassen (Strittmatter et al. 2000).

3.5 Versionen

Aktuell stehen 2 gültige HSI-Versionen zur Verfügung: die **HSI-Interview-Version** (HSI-I; Strittmatter et al. 2000, 2006; s. Anhang) und die **HSI-Fragebogen-Version** (HSI-F; Gerhards u Strittmatter, in Vorbereitung). Beide Versionen bestehen aus 7 identischen Fragen, die in der Interview-Version dem Patienten im Rahmen des Erstgespräches gestellt werden bzw. in der Fragebogen-Version dem Patienten im Erstkontakt zur schriftlichen Beantwortung vorgelegt werden. Bei der Interview-Version kreuzt der Mitarbeiter (Arzt, Pflegekraft, psychosozialer Mitarbeiter) die vorgegebenen Antwortkategorien an, während bei der Fragebogen-Version der Patient die Antwortmöglichkeiten selbst ankreuzt. Es ist zu betonen, dass auch bei der Interview-Version die Beantwortung der

Fragen im Sinne des Patienten (und nicht als Fremdeinschätzung des Interviewers) zu erfolgen hat.

3.6 Anwendungsbereiche

Das HSI ist ein psychoonkologisches Screening-Instrument zur Identifizierung betreuungsbedürftiger onkologischer Patienten. Ursprünglich entwickelt für die Identifizierung betreuungsbedürftiger Haut- und Gesichtstumorpatienten, ist es durch den Verzicht auf haut- und gesichtstumorspezifische Kriterien geeignet für Tumorpatienten aller Diagnosen, Stadien und Behandlungsarten. Es ist zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsablaufes, insbesondere im allerersten Kontakt mit dem Patienten einsetzbar. Es ist sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich geeignet (Gerhards & Strittmatter, in Vorbereitung).

Bei seinem Einsatz in der Interview-Version muss darauf geachtet werden, dass die Antwortkategorien im Sinne des Patienten (und nicht als Fremdeinschätzung des Interviewers) angekreuzt werden.

3.7 Beschreibung des Verfahrens

In der Interview-Version werden die Fragen des HSI-I dem Patienten im Rahmen eines Gesprächs gestellt. Der Patient bekommt keinen Fragebogen ausgehändigt.

In der Fragebogen-Version wird das HSI-F als Papierbogen den Patienten zur Beantwortung vorgelegt („Paper & Pencil“).

Beide Versionen setzen sich aus den folgenden 7 Items zusammen: Globalfrage zum körperlichen Befinden, Globalfrage zum seelischen Befinden, Frage nach Vorhandensein krankheitsunabhängiger Belastung, Frage nach Vorhandensein einer Vertrauensperson, Frage nach Vorhandensein einer Belastung in der Familie, Frage nach Vorhandensein von zeitweiliger innerer Ruhe, Frage zur Güte der Information über Krankheit und Behandlung. Die Bearbeitungszeit beträgt maximal 1 Minute.

Antwortkategorien und Ergebnisscores:

Die Antwortkategorien für die Items Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 7 lauten: 0 = eher gut; 1 = mittel; 2 = eher schlecht. Die Antwortkategorien für die Items Nr. 3 und Nr. 5 lauten: 2 = ja; 0 = nein. Die Antwortkategorien für die Items Nr. 4 und Nr. 6 lauten: 0 = ja; 2 = nein. Der Summenscore kann die Werte von 0 bis 14 erreichen.

Auswertung HSI-Interview-Version:

Die Auswertung erfolgt über eine Excel-Datei und benötigt nur wenige Sekunden. Die Zahlenwerte der angekreuzten Antwortkategorien werden in die betreffenden Zeilen eingegeben und mit einem Klick auf die Zeile „Gesamtscore“ erscheint in roter Schrift „Betreuungsbedarf“ oder „Kein Betreuungsbedarf“. Basis der Entscheidung „Betreuungsbedarf: ja/nein“ ist ein Algorithmus (s. 3.10 Schwellenwerte), welcher auf den Ergebnissen einer Diskriminanzanalyse beruht.

Auswertung HSI-Fragebogen-Version:

Zur Auswertung werden die Punktwerte der angekreuzten Antwortkategorien addiert. Ist dieser Summenwert größer oder gleich dem vorgegebenen Schwellenwert, ist der Patient betreuungsbedürftig.

3.8 Gütekriterien

3.8.1 Objektivität

Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität des HF sind aufgrund seiner Standardisierung gewährleistet.

Bei der HSI-Interview-Version ist wichtig, dass der Interviewer sich an die Formulierungen der Items hält und dem Patienten die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zur Beantwortung anbietet.

3.8.2 Reliabilität

HSI-Interview-Version: Cronbach's Alpha (Standardized item alpha) beträgt: $\alpha = .74$ (Strittmatter et al. 2000).

HSI-Fragebogen-Version: Cronbach's Alpha beträgt: $\alpha = .60$.

3.8.3 Validität

HSI-Interview-Version

Zur Berechnung der Validität werden die Korrelationskoeffizienten (Spearman's Rho) zwischen dem Gesamtscore des Screening-Instrumentes und dem Gesamtscore und den acht Dimensionswerten des „Hornheider Fragebogens“ berechnet. Die Ergebnisse zeigen, daß die Interviewitems am besten mit dem Gesamtscore des Fragebogens ($\rho = .55$) korrelieren. Bis auf die Dimensionen „mangelnde ärztliche Unterstützung“ und „berufliche Probleme“ sind alle Korrelationen signifikant ($p < 001$).

Bei Anwendung des diskriminanzanalytisch gewonnenen Algorithmus (s.o.) lassen sich anhand der HSI-Antworten 78,9% der betreuungsbedürftigen und 88,9% der nicht betreu-

ungsbedürftigen Patienten korrekt identifizieren, insgesamt werden 85,7% der ursprünglich auf Basis des HF gruppierten Fälle richtig klassifiziert (Strittmatter et al. 2000).

HSI-Fragebogen-Version

Eine Hauptkomponentenanalyse der HSI-Daten ergab in zwei Teilstudien (Studie I: stationäre onkologische Patienten, Studie II: ambulante onkologische Patienten) drei Faktoren mit einem Eigenwert ≥ 1 , die Drei-Faktoren-Lösung erklärt 61,4% (Studie I) bzw. 61,9% (Studie II) der Gesamtvarianz.

Die Faktorwerte korrelieren mit dem Angst- und Depressionsscore sowie dem Gesamtscore der HADS hochsignifikant ($p < .005$). Die Korrelationen des HSI-Summenwertes mit den Werten der HADS liegen zwischen .50 und .55 und sind hochsignifikant.

3.9 Vergleichswerte

Liegen bisher nicht vor.

3.10 Schwellenwerte

HSI-Interview-Version

Die Identifizierung des Patienten als „betreuungsbedürftig“ bzw. „nicht betreuungsbedürftig“ wird durch die dem HSI zugrunde liegende Diskriminanzfunktion bestimmt (Strittmatter et al. 2000). Die entsprechende Formel lautet: $Y = b_1 X_1 + b_2 X_2 + b_3 X_3 + b_4 X_4 + b_5 X_5 + b_6 X_6 + b_7 X_7 + b_8 X_8 - b_0$

(Y: Diskriminanzvariable, X_{1-7} : Merkmalsvariablen (Itemwerte), X_8 : Gesamtscore, b_0 : Konstante, b_{1-8} : Diskriminanzkoeffizienten $Y = 0,569 X_1 + 0,476 X_2 + 0,444 X_3 + 0,057 X_4 - 0,081 X_5 + 0,063 X_6 + 0,973 X_7 + 0,109 X_8 - 1,722$)

Betreuungsbedarf liegt vor, wenn $Y > 0,30$.

Durch Eingabe der entsprechenden Zahlenwerte der angekreuzten Antwortkategorien in die Excel-Datei wird „Betreuungsbedarf“ oder „Kein Betreuungsbedarf“ ermittelt.

Die Excel-Datei kann über den Erstautor kostenfrei bezogen werden (gerhard.strittmatter@fachklinik-hornheide.de).

HSI-Fragebogen-Version

Ein Patient kann als betreuungsbedürftig angesehen werden, wenn sein HSI-Summenwert ≥ 4 . Sensitivität/Spezifität: Bezogen auf die deutsche HADS-Version (Schwellenwerte Angst > 10 und/oder Depressions-Score > 8 ; Herrmann et al., 1995) beinhaltet der HSI-Summenwert von mindestens 4 eine Sensitivität von 0,68 bzw. 0,62 (Teilstudie I bzw. II), die Spezifität beträgt 0,76 bzw. 0,75.

3.11 Literatur

Gerhards, F. & Strittmatter, G. (2008). Psychometrische Merkmale, Dimensionalität und Auswertung des Hornheider Screening-Instrumentes (HSI) als Patientenfragebogen zur Erfassung psychoonkologischer Betreuungsbedürftigkeit (in Vorbereitung).

Strittmatter, G. (1997). Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie. Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten. Internationale Hochschulschriften 228. Münster, New York: Waxmann

Strittmatter, G. (2006). Screening-Instrumente zur Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit von Tumorpatienten. In: Herschbach, P., Heußner, P., Sellschopp, A. (Hrsg). Psycho-Onkologie. Perspektiven heute. 122-142, Papst Science Publishers: Lengerich (2006)

Strittmatter, G., Mawick, R., Tilkorn, M. (2000). Entwicklung und klinischer Einsatz von Screening-Instrumenten zur Identifikation betreuungsbedürftiger Tumorpatienten. In: Bullinger, M., Siegrist, J., Ravens-Sieberer, U. Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und – soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 18, 59-75, Hogrefe: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Strittmatter, G., Mawick, R., Tilkorn, M. (2003). Hornheider Fragebogen. In: Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E (Hrsg). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden, 164-169, Hogrefe: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

3.12 Kontakt mit dem Testautor

Dr. Gerhard Strittmatter, Abteilung für Psychosoziale Onkologie, Fachklinik Hornheide, Dorbaumstr. 300, 48157 Münster, Tel. 0251-3287 328; E-Mail: gerhard.strittmatter@fachklinik-hornheide.de.

4. Distress Thermometer

4.1 Autoren des Verfahrens

Mehnert, Müller, Lehmann, Koch (2006): Deutsche Version

Roth, Kornblith, Batel-Copel, Peabody, Scher, Holland (1998): Englische Originalversion

4.2 Autoren des Beitrags

A. Mehnert, C. Lehmann, U. Koch

4.3 Quelle

Das Distress Thermometer wurde in deutscher Sprache 2006 in der Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie publiziert und ist über die Erstautorin, A. Mehnert, kostenfrei erhältlich.

4.4 Entstehung und theoretisches Konzept des Verfahrens

Die Tatsache, dass bisher nur ein kleiner Anteil von Krebspatienten innerhalb der onkologischen Versorgung systematisch nach psychosozialen Belastungen befragt und bei Bedarf entsprechenden Beratungs- und Behandlungsangeboten zugeführt wird, hat in den letzten Jahren zur Entwicklung von verschiedenen kurzen Screeningverfahren geführt. Diese sogenannten Ultra-Kurz-Screenings enthalten 1 bis 3 oder 4 Items, mit denen Depression, Distress oder Angst erfasst werden und die es den in der onkologischen Versorgung tätigen Berufsgruppen ermöglichen und erleichtern sollen, psychosoziale Belastungen mit geringem Zeitaufwand valide zu erfassen. Ein solches Ultra-Kurz-Screening ist das Distress Thermometer.

Das Distress-Thermometer wurde durch ein interdisziplinäres Gremium des National Comprehensive Cancer Network (NCCN) in den USA im Rahmen der Erarbeitung von Leitlinien zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten entwickelt. Ziel ist die Erfassung von Ausmaß und Ursache bestehender psychosozialer Belastungen (Distress) bei onkologischen Patienten. Der Begriff Distress wurde gewählt, weil er nicht stigmatisierend ist und eine große Bandbreite von Belastungen abdeckt. Nach den Empfehlungen des NCCN sollen psychosoziale Belastungen 1) in allen Krankheitsstadien erkannt, beobachtet, dokumentiert und behandelt werden, 2) alle Patienten bei der ersten Konsultation nach Art und Ausmaß psychosozialer Belastungen gescreent und 3) alle Patienten evi-

denz- oder zumindest konsensbasiert nach klinischen Versorgungsempfehlungen für psychosoziale Dienste behandelt werden.

4.5 Versionen

Die englische Originalversion wurde von Roth und Mitarbeitern 1998 entwickelt und inzwischen in mehreren Sprachen (u.a. arabisch, deutsch, italienisch, japanisch, spanisch) validiert. Das Distress Thermometer wurde international in 19 Studien an insgesamt 6414 Krebspatienten verschiedener Tumorerkrankungen (u.a. Brust-, Prostata- und Lungenkrebs, maligne hämatologische Erkrankungen) psychometrisch überprüft.

4.6 Anwendungsbereiche

Das Distress Thermometer ist ein Ultra-Kurz-Screening, das für Patienten aller Tumordiagnosegruppen, Tumorstadien und Behandlungsarten (stationäre und ambulante adjuvante wie palliative Behandlung, Rehabilitation) geeignet ist. Es vermittelt den in der onkologischen Versorgung tätigen Berufsgruppen in Kürze Informationen darüber, ob und in welchem Ausmaß ein Patient belastet ist und welche körperlichen, praktischen, emotionalen, partnerschaftlichen und spirituellen Probleme existieren.

4.7 Beschreibung des Verfahrens

Der Einsatz des Distress-Thermometers ist im Alltag einer Klinik oder ambulanten Praxis wie folgt vorgesehen: Der Patient erhält das Thermometer und die Problemliste mit der Bitte, diese auszufüllen und anschließend einem Mitglied des Behandlungsteams, meist einer Schwester oder einem Pfleger, auszuhändigen. Ein Wert auf dem Distress-Thermometer von 5 oder höher sollte als Signal verstanden werden, dass der Patient auffällig belastet ist und Unterstützung benötigt. Die Problemliste gibt Auskunft darüber, in welchen Bereichen die Ursachen der Belastung liegen. Die fachliche Zuständigkeit ist wie folgt vorgesehen: Handelt es sich um ein praktisches Problem, ist vorrangig der Sozialdienst zuständig. Für emotionale, psychische oder familiäre Probleme ist das psychologische Team zuständig, für spirituelle Belange die Seelsorge und für körperliche Probleme das onkologische Team.

Das Distress Thermometer ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das als Paper-Pencil-Test vorliegt. Es besteht aus einer visuellen Analogskala in Form eines Thermometers, die von 0 („gar nicht belastet“) bis 10 („extrem belastet“) reicht, und einer Problemliste. Der Patient kreuzt auf dem Thermometer an, wie stark belastet er sich in der letzten Woche einschließlich desselbigen Tages gefühlt hat bzw. fühlt.

Die Problemliste umfasst mit insgesamt 36 Items mögliche Ursachen für die Belastung in fünf Bereichen: praktische Probleme (5 Items, u.a. Wohnsituation), familiäre Probleme (2 Items, u.a. Umgang mit den Kindern), emotionale Probleme (6 Items u.a. Traurigkeit), spirituelle Probleme (2 Items, u.a. Verlust des Glaubens) und körperliche Probleme (21 Items, u.a. Schmerzen). Die Items der Problemliste werden dichotom mit „Ja“ und „Nein“ beantwortet. Die Bearbeitungszeit für das Distress Thermometer beträgt 2 bis 3 Minuten.

Auswertung: Das Distress Thermometer bedarf keiner statistischen Auswertung. Ein Wert auf der visuellen Analogskala von 5 oder höher soll als Signal verstanden werden, dass der Patient auffällig belastet ist und Unterstützung benötigt. Die Items der Problemliste geben Auskunft über die Ursachen der Belastung und die fachliche Zuständigkeit.

4.8 Gütekriterien

4.8.1 Objektivität

Die Objektivität des Instruments wurde international und national empirisch geprüft und bestätigt.

4.8.2 Reliabilität

Daten zur Reliabilität (Re-test-Reliabilität) wurden bislang nicht systematisch erfasst, da es sich um ein Item (visuelle Analogskala) handelt und die überwiegende Mehrzahl der Validierungsstudien ein querschnittliches Studiendesign hat.

4.8.3 Validität

Die Validität des Instruments wurde sowohl international als auch national empirisch geprüft und bestätigt. Als Validierungsinstrument wurde in der Mehrzahl der Untersuchungen die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) zugrundegelegt.

4.9 Vergleichswerte

Es liegen bisher keine Norm- und Vergleichsdaten aus Stichproben der Allgemeinbevölkerung oder anderer Patientenkollektive vor. Das Distress Thermometer wurde aber bisher in über 50 publizierten Studien an unterschiedlichen Gruppen von Krebspatienten eingesetzt, sodass Vergleichsdaten verschiedener Tumordiagnosegruppen in publizierter Form vorliegen. Eine Übersicht gibt der Beitrag von Mitchell (2007).

4.10 Schwellenwerte

Ein Cut-off-Wert von 5 wird als Schwellenwert für eine behandlungsbedürftige Belastung empfohlen. Bei Vorliegen einer moderaten Belastung in den Merkmalen Angst und/oder Depressivität (HADS Cut-off > 8) liegt die Sensitivität bei 84% und die Spezifität bei 47%. Bei Vorliegen einer hohen Belastung in den Merkmalen Angst und/oder Depressivität (HADS Cut-off > 10) liegt die Sensitivität bei 97% und die Spezifität bei 41%. International wird in einigen Studien ein niedrigerer Schwellenwert von 4 oder sogar 3 auf dem Distress Thermometer empfohlen. Diese Werte konnten bei der deutschen Adaptation allerdings nicht bestätigt werden.

Besonderheiten

Das Distress Thermometer ist als Ultra-Kurz-Screening besonders geeignet, schnell und valide Informationen über Ausmaß und Ursache psychosozialer Belastungen bei onkologischen Patienten zu erfassen. Weitere Vorteile liegen darin, dass keine Auswertung nötig ist und durch die Problemliste gleichzeitig die primäre Zuständigkeit der jeweiligen Berufsgruppen (Onkologie, Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge) zur Unterstützung des Patienten ersichtlich ist. Darüber hinaus wird das Instrument von den Patienten sehr gut akzeptiert, da es kurz und nicht stigmatisierend ist. Es ist durch seine Einfachheit auch für ältere oder schwer kranke Patienten gut geeignet.

Der Nachteil des Instruments besteht darin, dass eine allgemeine psychosoziale Belastung erfasst wird. Das Distress Thermometer gibt keine Auskunft über die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens psychischer Störungsbilder wie Angststörungen oder Depression. Neuere Studien zeigen allerdings, dass Ultra-Kurz-Screenings sehr gut geeignet sind, in einem ersten Schritt belastete Patienten zu erfassen, die dann spezifisch weiter untersucht und behandelt werden.

4.11 Literatur

Mehnert A., Müller D., Lehmann C., Koch U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers – Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54(3): 213-223.

Mitchell, A.J. (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. J Clin Oncol 25: 4670-4681.

Roth A.J., Kornblith A.B., Batel-Copel L., Peabody E., Scher H.I., Holland J.C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 82: 1904-8.

4.12 Kontakt mit dem Testautor

Dr. Anja Mehnert, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Tel. 040 42803-6203; E-Mail: mehnert@uke.uni-hamburg.de

5. Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK)

5.1 Autoren des Verfahrens

Herschbach, Marten-Mittag, Henrich

5.2 Autoren des Beitrags

P. Herschbach, B. Marten-Mittag

5.3 Quelle

Kostenfrei verfügbar über den Erstautor (keine Publikation in einem Testverlag!).

5.4 Entstehung und theoretisches Konzept des Verfahrens

Der Entwicklung des FBK gingen ausführliche halbstandardisierte Interviews (60-120 Minuten) mit Krebspatienten voraus. Die erste Fragebogenversion setzte sich aus 85 Items zusammen, die zu 10 Skalen gruppiert waren. Die zweite FBK-Version unterschied sich von der ersten in folgenden Punkten: die Itemzahl war auf 38 reduziert und das Belastungsrating von 5 auf 9 Stufen ausgedehnt worden. Nach einer weiteren Revision wurden 38 Items beibehalten und die Ratingkategorien wieder auf 5 reduziert. Die letzte Revision ergab die vorliegende Version des FBK-R23 mit 23 Items.

Der FBK dient der Erfassung und Quantifizierung psychosozialer Belastungsaspekte von Krebspatienten aller Diagnosen und Behandlungszusammenhänge. Es wurde Wert gelegt auf eine alltagsnahe und erlebnisnahe Formulierung der Items, um klinische Relevanz und Hinweise auf Therapiebedarf aus den Ergebnissen ableiten zu können.

Bei der Konzeption wurde bewusst auf die Anlehnung an übergeordnete Psychopathologiekonzepte (z.B. psychiatrische ICD-Diagnosen) verzichtet. Ziel war vielmehr die Entwicklung eines psychometrischen Tests, der i. S. der sog. „kriterienorientierten Diagnostik“ Diese Konzeption der krebsspezifischen Problemerkennung orientiert sich an frühen Fragebogenformen, wie sie etwa Wellisch, Landsverk, Guidera et al (1984) oder Heinrich, Schag, Ganz (1984) vorgestellt haben.

5.5 Versionen

Neben der **FBK-R23**-Version mit 23 Items (5 Skalen), liegt eine eindimensionale Kurzversion mit 10 Items vor (**FBK-R10**) (vgl. Anhang). Der Summenwert des FBK-R10 korreliert

mit dem Summenwert der FBK-R23 $r = 0,947$; er ist selbständig vom Patienten in wenigen Minuten zu beantworten und daher für Screeningaufgaben gut geeignet. Der FBK-R10 liegt ebenfalls als computergestützte Version vor (**FBK-R10e**, s. Anhang). Hier gibt der Patient seine Antworten direkt in einen Computer ein. Liegt seine Belastung oberhalb des Schwellenwertes (s.u.), so wird dies sofort auf dem Bildschirm sichtbar. Eine zusätzliche manuelle oder elektronische Auswertung des Fragebogens entfällt hier. Es hat sich in Voruntersuchungen gezeigt, dass die Handhabung dieser Prozedur Patienten keine Schwierigkeiten bereitet (Sehlen et al. 2008). Die elektronische Version korreliert mit der entsprechenden Papierversion $r = 0,975$ (Spearman's Rho).

5.6 Anwendungsbereiche

Erfassung von Art und Umfang psychosozialer Belastungen von Tumorpatienten aller Diagnosen, Stadien und Behandlungsarten: Belastungsdiagnostik und -dokumentation in Grundlagenstudien, Screening, Verlaufskontrolle/ Therapieevaluation.

5.7 Beschreibung des Verfahrens:

Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument in Paper-Pencil-Form. Die Kurzform liegt auch als elektronische Version vor. Der FBK-R23 setzt sich aus 23 Items zusammen, die zu den folgenden Skalen gruppiert sind:

- Psychosomatische Beschwerden (somatische und psychische Beschwerden, z.B. Schlafstörungen, Wundschmerzen)
- Angst (u.a. vor dem Fortschreiten der Erkrankung, vor Schmerzen)
- Informationsdefizite (inkl. Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung)
- Alltagseinschränkungen (u.a. Hobbys, Unternehmungen, Körperpflege)
- Soziale Belastungen (u.a. Kommunikationsschwierigkeiten, Partnerbeziehung, Selbstwertgefühl)

Jedes Item wird zweifach beantwortet: trifft das Problem zur Zeit auf den Patienten zu und – falls es zutrifft – wie stark ist das Ausmaß der Belastung, die von dem Problem ausgeht. Die Antwortkategorien sind: „Trifft nicht zu“ (0) , „Trifft zu und belastet mich kaum“ (1) bis hin zu „Trifft zu und belastet mich sehr stark“ (5). Der Test kann auf der Basis der Items, der 5 Skalen und als Gesamtwert ausgewertet werden (Gesamtbelastung).

Die Bearbeitungszeit für den FBK-R23 beträgt ca. 10 Minuten, für den FBK-R10 ca. 3 Minuten.

Auswertung:

Die SPSS-Syntax zur computergestützten Skalenberechnung für lautet:

```
Comp      FBKSK1 = mean.3 (FBK4, FBK2, FBK16, FBK13, FBK1).
comp      FBKSK2 = mean.3 (FBK8, FBK5, FBK10, FBK14).
comp      FBKSK3 = mean.3 (FBK15, FBK18, FBK22, FBK21).
comp      FBKSK4 = mean.3 (FBK20, FBK12, FBK7, FBK11, FBK17).
comp      FBKSK5 = mean.3 (FBK23, FBK19, FBK9, FBK6, FBK3).
comp      FBKGES = mean.12 (FBK1, FBK2, FBK3, FBK4, FBK5 , FBK6, FBK7,
FBK8, FBK9, FBK10, FBK11, FBK12, FBK13, FBK14, FBK15, FBK16,
FBK17, FBK18, FBK19, FBK20,FBK21, FBK22, FBK23).
```

(Achtung: Die 23 FBK-Items müssen von 0 bis 5 codiert sein!)

```
var lab   FBKSK1 "Psychosomatische Beschwerden".
var lab   FBKSK2 "Angst".
var lab   FBKSK3 "Informationsdefizite".
var lab   FBKSK4 "Alltagseinschränkungen".
var lab   FBKSK5 "Soziale Belastungen".
var lab   FBKGES "Gesamtbelastungswert".
```

5.8 Gütekriterien

5.8.1 Objektivität

Es ist Anwendungs- und Auswertungsobjektivität gegeben.

5.8.2 Reliabilität

Die Homogenität der Skalen liegt zwischen 0,65 und 0,80 (Cronbach's alpha). Die interne Konsistenz des Gesamtfragebogens ist mit $\alpha = 0,89$ sehr gut. Die durchschnittlichen Trennschärfen variieren zwischen 0,43 und 0,61.

5.8.3a Konvergente Konstruktvalidität

Substantielle Korrelationen mit FLZ^M-A, FLZ^M-G, B-L, SCL90, FACT, SDS und Karnofsky-Index (vgl. Herschbach et al. 2003).

5.8.3b Diskriminante Validität: Signifikante Unterschiede im FBK-R23-Summenwert in verschiedenen Subgruppen: Krankheitsdauer > 12 Monate vs. < 12 Monate; Patienten mit gesichertem Rezidiv-Befund vs. alle übrigen Patienten; Patienten mit Metastasen vs. Patienten ohne Metastasen; Patienten mit Lymphknotenbefall vs. ohne Lymphknotenbefall.

5.8.4 Änderungssensitivität: In zwei Studien mit unterschiedlichen Tumorstichproben (n = 171 Mamma-Ca-Patientinnen und n = 50 Patienten diverser Krebsdiagnosen) ergab sich eine mittlere Änderungssensitivität: standardized effect size SES = 0,30 bzw. 0,46; standardized response mean SRM = 0,43 bzw. 0,66.

5.9 Vergleichswerte

Es gibt keine Normdaten, da der FBK krebsspezifisch ist und nicht von normalen Probanden beantwortet werden kann.

Es liegt eine FBK-R23-Datenbank mit gegenwärtig (11.2007) n = 3573 Krebspatienten diverser Krebsdiagnosen, Stadien und Behandlungsmodalitäten vor.

5.10 Schwellenwerte

FBK-R23:

Zur Identifizierung von belasteten bzw. betreuungsbedürftigen Patienten schlagen wir zwei alternative Versionen vor:

1. Version: mindestens 2 x 5 **oder**
 mindestens 1 x 5 plus mindestens 4 x 4 **oder**
 mindestens 5 x 4 **oder**
 mindestens 1 x 5 plus mindestens 3 x 4 plus Item 22 \geq 1

Spezifität und Sensitivität

Mit dem Außenkriterium HADS-Angst (Cutoff > 8): Sensitivität 71%, Spezifität 78%.

Mit dem Außenkriterium HADS-Depressivität (Cutoff > 8): Sensitivität 80%, Spezifität 69%.

2. Version: Summenwert (Addition der Einzelscores) > 34

Spezifität und Sensitivität

Mit dem Außenkriterium HADS-Angst (Cutoff > 8): Sensitivität 70%, Spezifität 83%.

Mit dem Außenkriterium HADS-Depressivität (Cutoff > 8): Sensitivität 80%, Spezifität 72%.

FBK-R10:

Wir schlagen zwei Alternativen vor:

1. Version: mindestens 1 x 5 **oder**
 mindestens 3 x 4

Sensitivität und Spezifität dieses Schwellenwertes:

Aussenkriterium HADS-Angst, Cut-Off-Wert > 8: Sensitivität 75%, Spezifität 77%

Außenkriterium HADS-Depressivität, Cut-Off-Wert > 8: Sensitivität 83%, Spezifität 66%.

Außenkriterium HADS-Summe, Cut-Off-Wert > 13: Sensitivität 83%, Spezifität 72%.

2. Version: Summenwert (Addition der Einzelscores zwischen 0 und 5) > 15

Sensitivität und Spezifität dieses Schwellenwertes:

Aussenkriterium HADS-Angst, Cut-Off-Wert > 8: Sensitivität 79%, Spezifität 75%

Außenkriterium HADS-Depressivität, Cut-Off-Wert > 8: Sensitivität 86%, Spezifität 61%.

Außenkriterium HADS-Summe, Cut-Off-Wert > 13: Sensitivität 81%, Spezifität 74%.

5.11 Literatur

Heinrich, R.L., Schag, C.C., Ganz, P.A. (1984): Living with cancer: The cancer inventory of problem situations. *J. Clinical Psychology* 40:973-980.

Herschbach, P. & Henrich, G. (1987): Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge. *Psychotherapie Psychosomatische Medizin Medizinische Psychologie* 37:185-192.

Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G., Marten-Mittag, B. (2004): Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer* 91(3):504-11.

Herschbach, P., Marten-Mittag, B., Henrich, G. (2003): Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R23). *Z Med Psychol* 12:1-8.

Herschbach, P., Rosbund, A.-M., Brengelmann, J.C. (1985): Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsstrategien bei Brust- und Genitalkrebspatientinnen. *Onkologie* 8:219-231.

Sehlen S., Ott M., Klein C., Marten-Mittag B., Poellinger B., Dühmke E., Herschbach P. (2008). Routinebefragung zur psychosozialen Belastung von Tumorpatienten in der

Strahlentherapie mit dem Fragebogen zur Belastung von Tumorpatienten-elektronische Kurzform (FBK -10e) - Machbarkeit und Nutzen, in Vorbereitung

Wellisch, D., Landsverk, J., Guidera, K. et al (1984): Evaluation of psychosocial problems of the homebound cancer patients: I. Methodology and problem frequencies. Psychosomatic Medicine 45:11-21.

5.12 Kontakt mit dem Testautor

Prof. Dr. P. Herschbach, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Sektion Psychosoziale Onkologie, TU München, Langerstraße 3, 81675 München, Tel. 089 4140-4318; E-Mail: P. Herschbach@lrz.tum.de.

6. Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)

6.1 Autoren des Verfahrens

Herschbach, Knight, Mussell, Brandl, Marten-Mittag, Keller

6.2 Autoren des Beitrags

P, Herschbach, B. Marten-Mittag, M. Keller

6.3 Quelle

Verfügbar über Frau Marten-Mittag (<http://www.po-bado.med.tu-muenchen.de/po-bado.html>)

6.4 Entstehung und theoretisches Konzept des Verfahrens

Die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) entstand auf der Basis langjähriger klinischer Erfahrungen von Mitgliedern der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (DAPO) und der Psychoonkologischen Arbeitsgruppe der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO). Arbeitsgruppenmitglieder waren: Monika Keller, Heidelberg, Gabriele Blettner, Wiesbaden, Erhard Schneider, Wangen, Gerhard Strittmatter, Münster, Andrea Schumacher, Münster, Tobias Brandl, München, Birgitt Marten-Mittag, München, Lucie Knight, Heidelberg, Peter Herschbach, München. Die grundlegende Erfahrung war, dass implizite Theorien und Definitionen bzw. Konnotationen von Fachtermini so unterschiedlich und intransparent waren, dass eine reliable professionelle Kommunikation über das psychische Befinden von Krebskranken kaum möglich war. Vor diesem Hintergrund wurde zwischen 2001 und 2005 ein großes Forschungsprogramm aufgelegt und von der Deutschen Krebshilfe großzügig gefördert, das zum Ziel hatte, ein Kategoriensystem zu entwickeln, das es erlaubt, das psychosoziale Befinden von Krebskranken einheitlich und reliabel zu beschreiben und zu quantifizieren.

Das Programm verlief in 4 Schritten:

1. Auf der Basis von Literaturrecherchen, einer Delphibefragung und der wissenschaftlichen und klinischen Erfahrungen der Arbeitsgruppenmitglieder wurde eine erste PO-Bado-Version erstellt.
2. Diese erste Version wurde von 45 Untersuchern in 27 Einrichtungen bei ca. 300 Patienten eingesetzt. Auf der Grundlage der dabei gemachten praktischen Erfah-

- rungen und der statistischen Datenauswertung wurde die zweite Version entwickelt.
3. Diese 2. Version wurde in 68 Einrichtungen von 109 Untersuchern bei 746 Patienten angewandt, psychometrisch geprüft und modifiziert und in die Endversion gebracht (s. u.).
 4. Zusatzmodule wurden entwickelt: PO-Bado-Kurzform, PO-Bado-Brustkrebs und eine Verlaufsdokumentation. Es liegen zudem eine englische Version und Übersetzungen der Materialien in Französisch, Italienisch und Russisch vor.

Die PO-Bado ist eine Fremdeinschätzungsskala für professionelle Psychoonkologen (Psychologen, Ärzte, Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter). Neben dem Dokumentationsbogen liegen ein Manual, ein Interviewleitfaden sowie eine Anwendersoftware vor, mit der die Eingabe, Speicherung und eine einfache statistische Auswertung der erhobenen Patientendaten durchgeführt und ein Vergleich mit Referenzwerten der PO-Bado-Datenbank (gegenwärtig ca. 7000 Tumorpatienten) vorgenommen werden kann.

6.5 Versionen

Neben der Standardversion der PO-Bado liegt eine Kurzform (PO-Bado KF) vor sowie eine Spezialversion für Brustkrebspatientinnen (PO-Bado BK).

PO-Bado Kurzform

Die Kurzform der PO-Bado besteht aus 6 Items (s. Anhang), die ebenso wie die Standardversion 5-stufig von „nicht belastend“ bis „stark belastend“ bewertet werden müssen. Es liegen ein spezieller Interviewleitfaden und ein Manual vor. Die Kurzversion eignet sich besonders zu Screeningzwecken in der Akutmedizin, da das entsprechende Interview nur 7-10 Minuten dauert. Die PO-Bado KF wurde psychometrisch geprüft (s.u.).

PO-Bado Brustkrebs

Die Brustkrebsversion enthält neben den Items der Standardversion vier zusätzliche Items: „Bewegungseinschränkung im Schulter-/Armbereich“, „Hitzewallungen“, „Veränderungen des Körpers/Körperbildes“ und „gestörtes Lustempfinden“ (vgl. Anhang). Damit wurde versucht, der speziellen Situation von Brustkrebspatientinnen gerecht zu werden. Auch hier liegen ein spezieller Interviewleitfaden und ein Manual vor. Die PO-Bado BK wurde ebenfalls psychometrisch geprüft (s.u.).

6.6 Anwendungsbereiche

Psychoonkologische Befundung (Diagnose, Indikationsstellung für Psychotherapie, Evaluation, Forschung) von Tumorpatienten aller Diagnosen, Stadien und Behandlungsarten.

6.7 Beschreibung des Verfahrens:

Die PO-Bado ist eine Fremdeinschätzungsskala (für Ärzte, Psychologen und andere psychoonkologische Berufsgruppen). Sie besteht aus drei Teilen: dem Dokumentationsbogen (der die objektiven Patientenmerkmale und das eingeschätzte psychische Befinden beinhaltet), einem Manual, das die Einschätzungskriterien erläutert und einem Interviewleitfaden. Es soll die subjektive Belastung der Patienten in den letzten drei Tagen eingeschätzt werden.

Der Dokumentationsbogen beinhaltet neben den soziodemographischen und medizinischen Angaben zwei Hauptbereiche, in denen unterschiedliche Belastungen eingeschätzt werden. Der erste Bereich umfasst „Somatische Belastungen“ und besteht aus vier Items. Der zweite Bereich bezieht sich auf „Psychische Belastungen“ (8 Items). Jedes Item wird auf einer 5 stufigen Likertskala (Range von 0 = nicht belastend bis 4 = sehr stark belastend) eingeschätzt.

Hinzu kommen „Zusätzliche Belastungsfaktoren“, die lediglich mit Ja/Nein-Antworten bewertet werden und sich vor allem auf soziale Aspekte beziehen.

Die Interviewzeit dauert ca. 25-30 Minuten.

Auswertung

Die Auswertung hängt vom Anwendungskontext ab. Soll ausschließlich im Einzelfall eine individuelle Therapieempfehlung gegeben werden, so ist keine statistische Auswertung vorgesehen; es sind nur die Items mit hohen Belastungsausprägungen zu zählen (s. 6.10 Schwellenwerte). Soll die PO-Bado hingegen für Dokumentationszwecke bzw. Gruppenanalysen eingesetzt werden, so ist die Bildung von zwei Summenwerten vorgesehen: Der Summenwert der vier somatischen Belastungsitems ergibt sich durch die Addition der Einzelitemscores (Bandbreite 0 – 4). Der Summenwert der psychischen Belastungen wird analog berechnet (acht Items). Die zusätzlichen Items (3. Zusätzliche Belastungsfaktoren) sowie das Indikationsitem gehen nicht die Summenwertbildung ein und dienen hier lediglich der deskriptiven Information bzw. Dokumentation. Für diese gruppenstatistischen Zwecke liegt eine einfache Anwendersoftware vor. Hier können Mittelwerte über die Belastungen der eigenen Patienten über bestimmte Zeiträume berechnet werden, die bei Bedarf zusätzlich mit der PO-Bado-Datenbank (n = 7000) verglichen werden können (s.o.).

6.8 Gütekriterien

PO-Bado (Standardversion)

6.8.1 Objektivität

Ist bei angemessener Benutzung des Ratings (Manual, Schulung) gegeben.

6.8.2 Validität

Die konvergente Validität wurde über korrelative Zusammenhänge mit dem FBK-R23 (Herschbach et al. 2003) und dem HADS (Herrmann et al. 1995) demonstriert an einer Stichprobe von $n = 596$ Krebspatienten unterschiedlicher Diagnosen, Krankheitsstadien und Behandlungssettings. Alle PO-Bado-Items korrelierten signifikant mindestens $r = 0.30$ mit den externen Kriterien, mit Ausnahme des Items Konzentrationsstörungen „kognitive Einschränkungen“.

Die sog. diskriminante Validität konnte gezeigt werden bezogen auf signifikante Belastungsunterschiede zwischen Gruppen von Tumorpatienten mit bzw. ohne Metastasen, psychopharmakologischer Behandlung, Chemotherapie und Strahlentherapie. Belastungszusammenhänge wurden zudem gefunden zum WHO-ECOG-Funktionsstatus (Knight et al. 2008).

6.8.3 Reliabilität

Im Hinblick auf die Reliabilität der PO-Bado wurde deren Faktorstruktur sowie die Homogenität der Skalen geprüft (Cronbach's Alpha: für den somatischen Teil $\alpha = 0.70$ und für den psychologischen Teil $\alpha = 0.85$).

Da es sich hier um eine Fremdeinschätzungsskala handelt, wurde außerdem die Inter-Rater-Reliabilität geprüft. Die Intra-Class-Korrelationskoeffizienten (ICC) variieren zwischen 0.79 und 0.85 für die somatischen Items und zwischen 0.75 und 0.90 für die psychologischen Items. Die ICCs für die Summenwerte sind 0.84 bzw. 0.88 (Knight et al. 2008).

PO-Bado Kurzform

6.8.4 Validität

Der Po-Bado KF Summenwert korreliert signifikant mit den Summenwerten der Standardversion ($r = .81$).

6.8.5. Reliabilität

Cronbach's Alpha 0.82; Inter-Rater-Reliabilität 0.74 bis 0.93 (Intra Class Correlationen bei drei Ratern und 20 Tonbandaufnahmen).

PO-Bado Brustkrebs

6.8.6 Validität

Für die Überprüfung der konvergenten Validität wurden Korrelationen mit den HADS, dem FBK-R23 und mit dem EORTC-QLQ-C30 (incl. BR23) gerechnet. Die höchsten Korrelationen (Pearson) des somatischen Summenscores wurden mit den FBK-R23-Skalen „Psychosomatische Beschwerden“ (.61), „Alltagseinschränkungen“ (.51) und mit dem FBK-R23-Summenwert (.52) gefunden; darüber hinaus mit den EORTC-QLQ-C30-Skalen „Rollenfunktion“ (-.63), „Körperliche Funktion“ (.58) und „Erschöpfung“ (.61).

Der psychische Summenscore der BK-Version korrelierte am höchsten mit der EORTC-QLQ-BR23-Skala „Funktionsbezogene LQ“ (.66), mit der EORTC-QLQ-C30-Skala „Emotionales Befinden“ (.60), mit der FBK-R23-Skala „Psychosomatische Beschwerden“ (.66), mit dem FBK-R23-Summenwert (.57) und mit den HAD-Skalen „Angst“ (.63) und „Depression“ (.54).

Die diskriminative Validität wurde durch den Vergleich der Po-Bado BK-Summenscores in verschiedenen Patientengruppen geprüft. Signifikant höhere somatische Summenscores wurden gefunden bei Patientinnen mit Lymphknoten (vs. ohne Lymphknoten; $t=2.14$; $p=.036$); mit Lymphödem (vs. ohne Lymphödem; $t=3.30$; $p=.002$). Patientinnen mit normalem Funktionsstatus (Wert 0 der WHO-ECOG-Skala) weisen im Vergleich zu Patientinnen in den Kategorien 1 und 2 der ECOG-Skala erwartungsgemäß die geringste somatische Belastung auf ($F=3.24$; $p=.045$). Patientinnen der Altersgruppe 51 – 65 Jahre zeigen den höchsten somatischen Summenwert verglichen mit der Gruppe unter 51 und der Gruppe über 65 Jahren ($F=4.49$; $p=.015$). Frauen mit Mastektomie weisen einen signifikant höheren psychischen Summenscore auf verglichen mit Frauen, die brusterhaltend operiert wurden ($t= -3.22$; $p= .002$).

6.8.7 Reliabilität

Cronbach`s Alpha für den somatischen Summenwert = 0.71, für den psychischen Summenwert 0,83. Inter-Rater-Reliabilität 0.70 bis 0.96 (Intra Class Correlationen bei drei Ratern und 14 Tonbandaufnahmen).

6.9 Vergleichswerte

Für die Standardversion liegen Vergleichsdaten diverser Krebsdiagnosen, -stadien und Behandlungen von $n = 7000$ Patienten vor (Herschbach et al. 2008)

6.10 Schwellenwerte

Wir empfehlen für die PO-Bado und die Po-Bado KF folgende Belastungsschwellenwerte (Psychotherapieindikation).

Schwellenwert PO-Bado: mindestens 1 x 4 **oder**
mindestens 2 x 3 **oder**
2 Zusatzitems **oder**
mindestens 1 x 3 plus 1 Zusatzitem

Spezifität und Sensitivität dieses Schwellenwertes:

Spezifität 79%, Sensitivität 71% (Außenkriterium HADS-Angst, Cut-Off-Wert > 8) bzw. 77% / 68% (Außenkriterium HADS-Depressivität, Cut-Off-Wert > 8).

Schwellenwerte Po-Bado KF:

Wir schlagen hier vorläufig zwei alternative Schwellenwertkriterien vor:

1. Alternative: mindestens 2 x 3 **oder**
 mindestens 1 x 4

Spezifität und Sensitivität dieses Schwellenwertes:

Außenkriterium HADS-Angst, Cut-Off-Wert > 8: Sensitivität 71%, Spezifität 79% Außenkriterium HADS-Depressivität, Cut-Off-Wert > 8: Sensitivität 77%, Spezifität 64%.

Außenkriterium HADS-Summe, Cut-Off-Wert > 13: Sensitivität 80%, Spezifität 63%.

2. Alternative: Summenwert (Addition der Einzelscores zwischen 0 und 4) > 8

Sensitivität und Spezifität dieses Schwellenwertes:

Außenkriterium HADS-Angst, Cut-Off-Wert > 8: Sensitivität 80%, Spezifität 78%

Außenkriterium HADS-Depressivität, Cut-Off-Wert > 8: Sensitivität 87%, Spezifität 60%.

Außenkriterium HADS-Summe, Cut-Off-Wert > 13: Sensitivität 83%, Spezifität 73%.

6.11 Literatur

Brandl, T., Marten-Mittag, B., Herschbach, P. (2006). Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) – Eine Fremdeinschätzungsskala zur Klassifikation des subjektiven Befindens von Ca-Patienten. In Herschbach, P., Heußner, P., Sellschopp, A. (Hrsg.) Psychoonkologie - Perspektiven Heute. Pabst Verlag. Lengerich, S. 165-174

Herrmann C, Buss U, Snaith R.P. (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale. Bern, Huber, 1995.

Herschbach, P., Brandl, T., Keller, M., Marten-Mittag, B. (2008). Psychological distress in cancer patients assessed with an expert rating scale. Brit J Cancer, submitted

Herschbach, P., Brandl, T., Knight, L., Keller, M. (2004). Das subjektive Befinden von Krebskranken einheitlich beschreiben - Vorstellung der Psycho-Onkologischen Basisdokumentation (PO-Bado). Deutsches Ärzteblatt 101 (12):799-802

Herschbach, P., Marten-Mittag B., Henrich, G. (2003): Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R23). Z Med Psychol 12:1-8.

Knight, L., Mussell, M., Brandl, T., Herschbach, P., Treiber, M., Keller, M. (2008). Development and Psychometric Evaluation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado). J Psychosomatic Research, in press

6.12 Kontakt mit dem Autor

Dr. Birgitt Marten-Mittag, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Sektion Psychosoziale Onkologie, TU München, Langerstraße 3, 81675 München, Tel. 089 4140-4317; E-Mail: marten-mittag@lrz.tu-muenchen.de

PO-Bado-Homepage: www.po-bado.med.tu-muenchen.de

Anhang

1. Distress-Thermometer
2. Hornheider Fragebogen
3. FBK-R23
4. FBK-R10
5. PO-Bado-Standardversion
6. PO-Bado-Brustkrebs
7. PO-Bado-Kurzform

1. Distress-Thermometer

Anleitung:

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



ZWEITENS: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA	NEIN		JA	NEIN	
		Praktische Probleme			Körperliche Probleme
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Versicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit/Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung/Mobilität
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Finanzielle Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen, Ankleiden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Betreuung/Pflege Angehöriger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Äußeres Erscheinungsbild
		Familiäre Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entzündungen im Mundbereich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen/Ernährung
		Emotionale Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lassen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/juckende Haut
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/verstopfte Nase
		Spirituelle/religiöse Belange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In Bezug auf Gott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Glaubens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hitzewallungen/Schweißausbrüche
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwindel
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gedächtnis/Konzentration
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme: _____

NCCN 1.2005 Distress Management Guideline. © National Comprehensive Cancer Network. Alle Rechte vorbehalten. Deutsche Version: Mahner, A., Müller, D., Lehmann, C., Koch, U. (2006) Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. Psychiatrische Medizin eines Sonderforschungsbereichs zur Erforschung neuropsychischer Belastungen bei Krebspatienten. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 52 (5): 213,215.

2. Hornheider Fragebogen

Hornheider Screening-Instrument zur Ermittlung betreuungsbedürftige Tumorpatienten

Interviewfragen

1. Wie fühlten Sie sich körperlich in den letzten drei Tagen?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2
2. Wie fühlten Sie sich seelisch in den letzten drei Tagen?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2
3. Gibt es etwas, was Sie unabhängig von der jetzigen Krankheit stark belastet?	ja 2	nein 0	
4. Haben Sie jemanden, mit dem Sie über Ihre Sorgen und Ängste sprechen können?	ja 0	nein 2	
5. Ist jemand in Ihrer Familie durch den Krankenhausaufenthalt besonders belastet?	ja 2	nein 0	
6. Können Sie innerlich tagsüber zur Ruhe kommen?	ja 0	nein 2	
7. Wie gut fühlen Sie sich über Krankheit und Behandlung informiert?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2

Summe:	0	1	2	3	4	5	6	7
		8	9	10	11	12	13	14

Interviewer

Name des Patienten:

Station:

Diagnose:

Gespräch geführt am:

von:

Auswertung (durch Eingabe der Zahlenwerte in die Excel-Datei)

Patient(in) betreuungsbedürftig:

ja

nein

Interventionen

Datum

Intervention

Mitarbeiter/in

3. FBK-R23

Sie finden im folgenden eine Liste mit **Belastungssituationen**, wie sie in Ihrem Leben vorkommen könnten. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht. Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen (auf der fünfstufigen Skala von "kaum" bis "sehr stark"), wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei "trifft nicht zu".

FBK- R23	trifft nicht zu	trifft zu und belastet mich kaum sehr stark					
	↓	↓				↓	
1. Ich fühle mich häufig schlapp und kraftlos. _____	<input type="checkbox"/> 0		1	2	3	4	5
2. Ich leide unter Wund- / Narbenschmerzen (Operation). _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
3. Ich bin unsicherer im Umgang mit anderen Menschen. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
4. Ich leide unter ungeklärten körperlichen Beschwerden (z.B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen). _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
5. Ich habe Angst vor einer Ausweitung / Fortschreiten der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
6. Andere Menschen reagieren mir gegenüber oft verständnislos / rücksichtslos. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
7. Die Körperpflege fällt mir seit der Erkrankung schwer. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
8. Ich habe Angst davor, Schmerzen bekommen zu können. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
9. Ich habe den Eindruck, für andere Menschen weniger wertvoll zu sein. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
10. Ich habe Angst davor, noch einmal in ein Krankenhaus zu müssen. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
11. Ich fühle mich körperlich unvollkommen. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
12. Ich kann meinen Hobbies (u.a. Sport) jetzt weniger nachgehen als vor der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
13. Ich leide häufiger unter Schlafstörungen. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
14. Ich habe Angst davor, nicht mehr arbeiten zu können. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
15. Ich fühle mich nicht gut über meine Erkrankung / Behandlung informiert. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
16. Ich bin oft angespannt bzw. nervös. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
17. Seit der Erkrankung habe ich weniger sexuellen Verkehr. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
18. Ich fühle mich nicht hinreichend über soziale / finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten informiert. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
19. Es ist schwierig, in meiner Familie offen über meine Situation zu sprechen. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
20. Ich unternehme seit der Erkrankung weniger als vorher (Kino, Restaurant, Freunde besuchen, u.s.w.). _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
21. Verschiedene Ärzte haben sich unterschiedlich über meine Erkrankung geäußert. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
22. Ich habe zu wenige Möglichkeiten, mit einem Fachmann/-frau über seelische Belastungen zu sprechen. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
23. Es ist für meinen Partner schwierig, sich in meine Situation einzufühlen. _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				

4. FBK-R10

Sie finden im folgenden eine Liste mit **Belastungssituationen**, wie sie in Ihrem Leben vorkommen könnten. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht. Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen (auf der fünfstufigen Skala von "kaum" bis "sehr stark"), wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei "trifft nicht zu".

FBK-R10	trifft nicht zu	trifft zu und belastet mich kaum sehr stark				
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
1. Ich fühle mich schlapp und kraftlos. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe Schmerzen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich körperlich unvollkommen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe zu wenige Möglichkeiten, mit einem Fachmann/-frau über seelische Belastungen zu sprechen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe Angst vor einer Ausweitung / Fortschreiten der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es ist für meinen Partner schwierig, sich in meine Situation einzufühlen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe Schlafstörungen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich kann meinen Hobbies (u.a. Sport) jetzt weniger nachgehen als vor der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich fühle mich nicht gut über meine Erkrankung/ Behandlung informiert. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin angespannt bzw. nervös. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)

Untersucher:

das seelische Befinden

Patient:

von Krebspatienten

Datum:

PsychoOnkologische Basisdokumentation

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe
www.po-bado.med.tu-muenchen.de

Soziodemographische und medizinische Angaben

Alter:		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	
Feste Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig	<input type="checkbox"/> Krank geschrieben	<input type="checkbox"/> Rente
	<input type="checkbox"/> Hausarbeit	<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Tumor-Diagnose / Lokalisation	<input type="checkbox"/> Mamma	<input type="checkbox"/> Hämatologische Erkrankungen (Leukämie etc.)	
	<input type="checkbox"/> Gyn. Tumore	<input type="checkbox"/> Haut (Melanome, Basaliome etc.)	
	<input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien	<input type="checkbox"/> Weichteiltumore (Sarkome)	
	<input type="checkbox"/> Prostata/Hoden	<input type="checkbox"/> Urologische Tumore (Harnwege, Niere, Blase etc.)	
	<input type="checkbox"/> Colon/Rektum	<input type="checkbox"/> Magen, Ösophagus, Pankreas	
	<input type="checkbox"/> HNO	<input type="checkbox"/> Sonstige	
Metastasen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:	(Monat/Jahr) /.....	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> Ersterkrankung	<input type="checkbox"/> Zweittumor	<input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen
	<input type="checkbox"/> Rezidiv	<input type="checkbox"/> Remission	
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstige:.....
	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Hormontherapie	<input type="checkbox"/> Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen):		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Psychopharmaka / Opiate: (z.B. Tranquilizer, Morphin)	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen):		
	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:	<input type="checkbox"/> Ja		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Scala 0-4)	<input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität		
	<input type="checkbox"/> 1 Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig		
	<input type="checkbox"/> 2 Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit		
	<input type="checkbox"/> 3 Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen		
	<input type="checkbox"/> 4 Patient ist ständig bettlägerig		
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:	<input type="checkbox"/> Initiative des Patienten / hat Gesprächsbedarf signalisiert		
	<input type="checkbox"/> Initiative ging von anderen Personen aus (Arzt, Pflegepersonal, Angehörige etc.)		
	<input type="checkbox"/> Initiative des Raters (Aufnahme-/ Routinegespräch, Studie etc.)		

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"/>				

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"/>				

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/Pflegerinnen, 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.

Psychoonkologische Basisdokumentation – Brustkrebs (PO-Bado-BK)

Untersucher:

Patient:

Datum:

das seelische Befinden

von Krebspatienten

PsychoOnkologische **Basis**dokumentation

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe
www.po-bado.med.tu-muenchen.de

Soziodemographische und medizinische Angaben

Alter:		
Feste Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig	<input type="checkbox"/> Krank geschrieben	<input type="checkbox"/> Rente
	<input type="checkbox"/> Hausarbeit	<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Lymphknotenbefall:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Operationsart:	<input type="checkbox"/> Brusterhaltend	<input type="checkbox"/> Mastektomie	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Brustaufbau:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Erfolgt	<input type="checkbox"/> Geplant <input type="checkbox"/> Entfällt
Lymphödem:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Menopause:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:	(Monat/Jahr) /.....		<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Metastasen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> Ersterkrankung	<input type="checkbox"/> Zweittumor	<input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen
	<input type="checkbox"/> Rezidiv	<input type="checkbox"/> Remission	
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstige:.....
	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Hormontherapie	<input type="checkbox"/> Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen):		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Psychopharmaka / Opiate:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen):		
(z.B. Tranquillizer, Morphin)	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Funktionsstatus:	<input type="checkbox"/> ₀ Normale Aktivität <input type="checkbox"/> ₁ Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig <input type="checkbox"/> ₂ Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit <input type="checkbox"/> ₃ Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen <input type="checkbox"/> ₄ Patient ist ständig bettlägerig		
(WHO-ECOG-Scala 0-4)			
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:	<input type="checkbox"/> ₁ Routedokumentation (Aufnahme-/Routinegespräch) <input type="checkbox"/> ₂ Vorausgewählte Patientin (Zuweisung durch Behandler, Angehörige od. Patientin selbst) <input type="checkbox"/> ₃ Wissenschaftliche Zwecke (Studie etc.)		

Ihre Angaben sollen sich auf das **subjektive Erleben** der Patientin in den **letzten drei Tagen** beziehen.

1. Somatische Belastungen

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"/>				
... Bewegungseinschränkung im Schulter-/ Armbereich.	<input type="checkbox"/>				
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/>				
... Hitzewallungen.	<input type="checkbox"/>				
... weiteren somatischen Belastungen (z.B. Übelkeit, sexuellen Funktionsstörungen, Empfindungsstörungen der betroffenen Brust).	<input type="checkbox"/>				
.....	<input type="checkbox"/>				

2. Psychische Belastungen

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"/>				
... Veränderungen ihres Körpers / Körperbildes.	<input type="checkbox"/>				
... gestörtem Lustempfinden (Sexualität).	<input type="checkbox"/>				
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.	<input type="checkbox"/>				
... weiteren psychischen Belastungen (z.B. Wut, Ärger, Schuldgefühle).	<input type="checkbox"/>				
.....	<input type="checkbox"/>				

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 der Patientin besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.

Psychoonkologische Basisdokumentation - Kurzform (PO-Bado-KF)

Untersucher:

Patient:

Datum:

das seelische Befinden

von Krebspatienten

PsychoOnkologische **Basis**dokumentation

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe
www.po-bado.med.tu-muenchen.de

Soziodemographische und medizinische Angaben

Alter:
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Feste Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig <input type="checkbox"/> Krank geschrieben <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Tumor-Diagnose / Lokalisation	<input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Hämatologische Erkrankungen (Leukämie etc.) <input type="checkbox"/> Gyn. Tumore <input type="checkbox"/> Haut (Melanome, Basaliome etc.) <input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien <input type="checkbox"/> Weichteiltumore (Sarkome) <input type="checkbox"/> Prostata/Hoden <input type="checkbox"/> Urologische Tumore (Harnwege, Niere, Blase etc.) <input type="checkbox"/> Colon/Rektum <input type="checkbox"/> Magen, Ösophagus, Pankreas <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Sonstige
Metastasen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:	(Monat/Jahr) /..... <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> Ersterkrankung <input type="checkbox"/> Zweitumor <input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen <input type="checkbox"/> Rezidiv <input type="checkbox"/> Remission
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Sonstige:..... <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Psychopharmaka / Opiate: (z.B. Tranquilizer, Morphin)	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/> Nein
Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Skala 0-4)	<input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität <input type="checkbox"/> 1 Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig <input type="checkbox"/> 2 Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit <input type="checkbox"/> 3 Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen <input type="checkbox"/> 4 Patient ist ständig bettlägerig
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:	<input type="checkbox"/> Routinedokumentation (Aufnahme- /Routinegespräch) <input type="checkbox"/> Vorausgewählter Patient (Zuweisung durch Behandler, Angehörige oder Patient selbst) <input type="checkbox"/> Wissenschaftliche Zwecke (Studie etc.)

Ihre Angaben sollen sich auf das **subjektive Erleben** des Patienten in den **letzten drei Tagen** beziehen.

Psychosoziale 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
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit.	<input type="checkbox"/>				
... Angst / Sorgen / Anspannung.	<input type="checkbox"/>				
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.	<input type="checkbox"/>				
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/>				
... weiteren Problemen, z.B. im sozialen / familiären Bereich.	<input type="checkbox"/>				

Indikation

	Ja	Nein
Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© AG PO-Bado München 2006