

das seelische Befinden

von Krebspatienten

PsychoOnkologische Basisdokumentation

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

Manual und Interviewleitfaden

zur

**Psychoonkologischen
Basisdokumentation**

Standardversion

Arbeitsgruppe PO-Bado München:

Peter Herschbach

Birgitt Marten-Mittag

Februar 2009

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
1. Anwendung des PO-Bado-Bogens	4
2. Anleitung zur Einschätzung der einzelnen Items	4
2.1 Soziodemografische und medizinische Angaben	4
2.2 Die einzelnen Belastungsbereiche	5
2.2.1 Somatische Belastungen	6
2.2.2 Psychische Belastungen	8
2.2.3 Zusätzliche Belastungsfaktoren	12
2.2.4 Indikation	14
2.2.5 Schwellenwertkriterien	15
3. Interviewleitfaden	16
3.1 Allgemeines	16
3.2 Der Gesprächsbeginn	17
3.3 Erhebung der somatischen Belastungen	19
3.4 Erhebung der psychischen Belastungen	20
3.5 Erhebung der zusätzlichen Belastungsfaktoren	22
3.6 Beendigung des Gesprächs, Zusammenfassung & Indikation	23
4. Literatur	25
Anhang 1: Definition der PO-Bado-Diagnosekategorien	26
Anhang 2: Aktueller Funktionsstatus – ECOG-Skala	27
Anhang 3: Orientierungsfragen im Überblick	27
PO-Bado-Bogen	

Vorbemerkung

Die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) ist eine Fremdeinschätzungsskala für das psychosoziale Befinden von Krebspatienten (aller Diagnosen und Stadien). Sie wurde von der Arbeitsgruppe PO-Bado¹ mit Unterstützung von DAPO (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie) und PSO (Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft), gefördert von der Deutschen Krebshilfe, in den Jahren 2000 bis 2006 entwickelt. Die PO-Bado kann von Ärzten, Psychologen und Krankenpflegekräften angewandt werden, um Art und Ausmaß psychologischer Belastung von Krebspatienten einzuschätzen.

Die PO-Bado kann zur Patientendokumentation eingesetzt werden, zur Beschreibung des Befindensverlaufes von Krebspatienten (bei mehrfachem Einsatz), zum Vergleich mit einer Datenbank mit Ergebnissen anderer Krebspatienten oder auch zur Feststellung bzw. Begründung von Betreuungsbedarf. Die systematische Herleitung der Indikationsstellung für professionelle psychoonkologische Betreuung wird zunehmend erwartet bzw. empfohlen, z.B. bei onkologischen Organzentren (Zertifizierungsbedingung), beim Disease-Management-Programm Mamma-Ca oder in diversen onkologischen Leitlinien. In diesem Zusammenhang wird die PO-Bado (insbesondere die Kurzform) - neben vier anderen Verfahren - von der PSO als Screening-Instrument empfohlen (vgl. Herschbach & Weis 2008, Herschbach 2006, Mehnert et al. 2006).

Es liegen heute neben der Standardversion der PO-Bado eine Spezialversion für Brustkrebspatientinnen vor (PO-Bado-BK) sowie eine Kurzform (PO-Bado-KF). Jede dieser Versionen besteht aus einem Antwortformular und einem Manual (incl. Interviewleitfaden) (Knight et al. 2008, Herschbach et al. 2004, 2008 a,b). Das vorliegende Manual bezieht sich auf die Standardversion der PO-Bado (vgl. Anhang).

Mit der Software PO-Bado-Dat 2.0 können die Belastungseinschätzungen für die einzelnen Patienten in den Computer eingegeben werden; die entsprechenden Belastungswerte (Einzelitem- und Bereichsmittelwerte) werden dann berechnet. Diese Ergebnisse (z.B. von Patienten aus den letzten 3 Monaten) können mit den Werten einer großen Referenzgruppe (Datenbank: n = 5865) verglichen werden.

¹ Peter Herschbach, München; Monika Keller, Heidelberg; Gabriele Blettner, Wiesbaden; Erhard Schneider, Wangen; Gerhard Strittmatter, Münster; Andrea Schumacher, Münster; Tobias Brandl, München; Lucie Knight, Heidelberg.

1. Anwendung des PO-Bado-Bogens

Bei der PO-Bado handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsinstrument, d.h. das psychosoziale Befinden wird **nicht** vom Patienten selbst, sondern vom Behandler (Arzt, Pflegepersonal, psychosozialen Mitarbeiter etc.) eingeschätzt.

Voraussetzung für die Anwendung des PO-Bado Bogens ist ein persönliches Gespräch mit dem betreffenden Patienten. Telefongespräche lassen sich nicht angemessen abbilden, da bei der Einschätzung auch nonverbale Signale in Betracht gezogen werden, die nach einem Telefongespräch schwer zu beurteilen sind. Eine weitere Voraussetzung ist, dass der Zustand des Patienten eine ausreichende verbale Kommunikation erlaubt. Patienten, die z.B. unter starken Schmerzen leiden und nur begrenzt ansprechbar sind, sollten erst dann dokumentiert werden, wenn ein ausführliches Erstgespräch möglich ist.

Die PO-Bado kann im Verlauf der Behandlung auch mehrfach angewendet werden. Sie besteht aus soziodemographischen und medizinischen Angaben zur Patientendokumentation, somatischen Belastungen (4 Items), psychischen Belastungen (8 Items), zusätzlichen Belastungsfaktoren (3 Items) sowie einer Frage nach möglichen Fremdursachen der Belastungen und einem Items, das die Indikation für psychologische Behandlung kennzeichnet.

Eine reliable Einschätzung setzt voraus, dass alle Teilbereiche der PO-Bado mit dem Patienten besprochen werden

2. Anleitung zur Einschätzung der einzelnen Items

2.1 Soziodemographische und medizinische Angaben

Diese Angaben, dienen der einheitlichen und somit vergleichbaren Dokumentation der Patienten. Sie sind lediglich als Vorschlag zu verstehen. Häufig sind sie durch institutionsübliche Formen der Dokumentation zu ersetzen.

Alter: bitte in Jahren angeben.

Geschlecht: ankreuzen

Feste Partnerschaft: ankreuzen. Hier ist nicht nur die Ehe zu berücksichtigen, sondern auch andere Formen enger Bindungen, die sich z.B. im Zusammenwohnen manifestieren.

Diagnose: hier soll eine der zwölf vorgegebenen Antwortkategorien angekreuzt werden. Die ausführlichen Definitionen der Diagnosekategorien und die entsprechenden ICD-10 Ziffern sind in einer Übersichtstabelle im Anhang 1 dargestellt.

Metastasen: ankreuzen, wenn bekannt.

Datum der Erstdiagnose: es ist das Datum gemeint, an dem bei dem betreffenden Patienten zum ersten Mal eine Krebserkrankung diagnostiziert wurde. Bei mehreren Tumorerkrankungen soll das Datum der Ersterkrankung angegeben werden, auch wenn dies nicht mit der unter *Tumordiagnose* gemachten Angabe übereinstimmt.

Aktueller Krankheitsstatus: Eine *Ersterkrankung* liegt vor, wenn bei dem Patienten zum ersten Mal eine Krebserkrankung festgestellt wurde. *Rezidiv*, wenn eine früher diagnostizierte und behandelte Krebserkrankung erneut in Form eines Lokalrezidivs aufgetreten ist; ein *Zweitumor*, wenn unabhängig von einer früheren Krebserkrankung ein weiterer Tumor diagnostiziert wurde. *Remission*, wenn die Krebserkrankung erfolgreich behandelt wurde und im Moment nicht nachweisbar ist (NED: no evidence of disease).

Behandlungen in den letzten zwei Monaten: hier sind Mehrfachnennungen möglich, z.B. wenn im letzten Monat im Anschluss an eine Operation eine Chemo- oder Strahlentherapie durchgeführt wurde.

Aktueller Funktionsstatus: entspricht der WHO-ECOG-Skala (Oken et al. 1982) (s. Anhang 2).

Gesprächsinitiative / Zugangsweg: Um die Patienten für statistische Auswertungen besser differenzieren zu können, wurde die Frage nach dem Zugangsweg zur Psychoonkologie aufgenommen. Hier ist zu unterscheiden, ob der Patient den Kontakt zum Untersucher aus Eigeninitiative aufgenommen hat oder ob die Initiative vom anderen ausging (z.B. von Ärzten, Pflegepersonal, Angehörigen). Initiative des Raters trifft zu, wenn der Kontakt vom Untersucher selbst ausging, ohne dass vorher eine psychosoziale Indikation gestellt wurde, z.B. im Falle eines Routine-Aufnahmegesprächs oder einer Vorstellung des psychosozialen Dienstes.

2.2 Die einzelnen Belastungsbereiche

Die Belastungsbereiche somatische Belastungen und psychische Belastungen sind nach Belastungsstärke einzuschätzen. Für die Einschätzung der Belastung sind zwei Kriterien von besonderer Bedeutung:

1. Das zentrale Bewertungskriterium ist das **subjektive Befinden des Patienten, nicht die Stärke eines Symptoms!** Bezogen auf das Item „Erschöpfung/Mattigkeit“ beispielsweise, soll nicht das Ausmaß der Erschöpfung beurteilt werden, sondern das Ausmaß der subjektiven Belastung, das die Erschöpfung auslöst. Also nicht: *Wie stark ist die Erschöpfung?* sondern *Wie sehr leiden Sie unter der Erschöpfung?*
2. Zeitfenster der Beurteilung sind ausschließlich **die letzten drei Tage!** Falls das subjektive Befinden innerhalb des Zeitfensters schwankte, soll die stärkste Belastung während der letzten drei Tage erfasst werden.

Die subjektive Belastung des Patienten soll nach den folgenden **Antwortkategorien** eingeschätzt werden:

- 0 nicht: Es gibt keine Hinweise dafür, dass der Patient unter diesem Aspekt leidet oder der Faktor trifft nicht auf den Patienten zu. 0 soll auch angekreuzt werden, wenn keine Informationen vorliegen.
- 1 wenig: Der Patient leidet in geringem Ausmaß unter diesem Aspekt, aber nicht so stark, dass ihn die Belastung ernsthaft einschränkt.
- 2 mittelmäßig: Der Patient fühlt sich durch diesen Aspekt belastet und eingeschränkt. Subjektiver Leidensdruck ist in mittelmäßiger Ausprägung vorhanden.
- 3 ziemlich: Der Patient leidet erheblich unter diesem Aspekt und beschreibt eine ziemlich stark einschränkende Belastung.
- 4 sehr: Der Patient ist außerordentlich belastet und leidet so stark unter diesem Aspekt, dass die Belastung für ihn schwer zu ertragen ist.

In der Skala sind die Abstände zwischen den einzelnen Werten als gleich anzusehen.

Die Einschätzung der subjektiven Belastung soll sich auf den Gesamteindruck stützen, den der Patient macht. Hier können Verhaltensbeobachtungen, Fremdschilderungen durch Angehörige und Mitpatienten, das nonverbale Verhalten, das Sozialverhalten des Patienten etc. eingehen. Wir empfehlen jedoch ein kurzes standardisiertes Interview (Interviewleitfaden s. unten).

In Einzelfällen, wenn es dem Rater unmöglich erscheint eine Antwortkategorie auszuwählen, kann der Patient auch selbst direkt gefragt werden („*Wo würden Sie ihr Problem - auf einer Skala von 0 = keine Belastung bis 4 = sehr starke Belastung - selbst einordnen?*“).

2.2.1 Somatische Belastungen

Zu den somatischen Belastungen gehören sowohl **körperliche Beschwerden** als auch **funktionelle Einschränkungen**, unter denen der Patient leidet.

1. Erschöpfung / Mattigkeit: Leidet der Patient subjektiv unter eingeschränkter körperlicher Vitalität, Kraftlosigkeit, Schwäche, leichter Erschöpfbarkeit oder Müdigkeit? Eine Unterscheidung zwischen eher körperlichen oder eher psychischen Aspekten der Erschöpfung ist hier oft schwierig. Hier ist ein Phänomen angesprochen, das immer wieder auch mit dem Terminus „Fatigue“ beschrieben wird.

Beispiel: Ein Patient ermüdet bei der kleinsten Anstrengung, muss sich selbst nach einem kurzen Spaziergang längere Zeit ausruhen, um sich wieder zu erholen. (Rating: 3)

Beispiel: Eine Patientin berichtet, dass sie sich gelegentlich müde fühlt und sich mehr als früher ausruhen muss. Dies mache ihr jedoch nichts aus, da sie die Ruhezeiten auch genießen kann und sich bewusst Erholung gönnt. (Rating: 0)

2. Schmerzen : Leidet der Patient unter körperlichen Schmerzen? Wenn ja, wie stark fühlt er sich durch diese Schmerzen belastet?

Beispiel: Eine Patientin mit Knochenmetastasen leidet unter starken Schmerzen im Rücken, die bei Belastung extrem zunehmen. Sie hat zwar Medikamente, nimmt diese aber wegen der von ihr gefürchteten Nebenwirkungen nur „im Notfall“. Dann sind die Schmerzen und die Angst vor Verschlimmerung oft so stark, dass die Medikamente kaum wirken. Die Patientin sagt: „Die Schmerzen bestimmen mein Leben.“ (Rating: 4)

Wenn ein Patient keine Schmerzen hat, weil er medikamentös gut eingestellt ist (z.B. mit einer Schmerzpumpe), soll „wenig“ angekreuzt werden.

Beispiel: Eine Patientin mit einem fortgeschrittenen Dickdarm-Ca berichtet, dass sie drückende Schmerzen im Bauchraum hat, die aber medikamentös gut behandelt werden können, so dass sie weitgehend schmerzfrei ist. (Rating: 1)

3. Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens: Diese Kategorie ist bewusst sehr weit gefasst; sie beinhaltet alle Aspekte des Alltagslebens, die für das Individuum relevant sein können.

Leidet der Patient darunter, dass er normale Verrichtungen des täglichen Lebens nicht mehr selbst ausführen kann, z.B. Haushaltsführung, sich waschen, sich anziehen, auf die Toilette gehen, essen? Können alle Glieder bewegt werden oder ist der Patient durch Behinderungen beim Gehen, Stehen, Sitzen oder Tragen belastet?

Beispiel: Eine Mamma-Ca Patientin leidet an einem Lymphödem, das die Belastbarkeit und Beweglichkeit des rechten Armes erheblich einschränkt. Sie kann daher viele anfallende Haushaltsarbeiten (Putzen, Einkaufen etc.) nicht mehr alleine verrichten, was ihr sehr schwer fällt, da sie immer sehr aktiv war. (Rating: 3)

Bei stationären Patienten, die vor kurzem operiert wurden, liegen natürlich erhebliche Einschränkungen in diesem Bereich vor. Wenn Patienten allerdings davon ausgehen, dass dies ein vorübergehender Zustand ist und gut damit zurecht kommen, sind sie in diesem Punkt als nur wenig belastet einzuschätzen.

Beispiel: Trotz guter Fortschritte nach der Operation und günstiger Prognose macht es einem stationären Patienten sehr zu schaffen, dass er in seinen Aktivitäten einge-

schränkt ist. Er macht sich Sorgen, ob er wohl die Treppe zu seiner Wohnung noch bewältigen kann. (Rating: 3)

4. Weitere somatische Belastungen: Hier sollen Befunde dokumentiert werden, die nicht mit den obigen Kategorien erfasst werden können, aber für den Patienten eine körperliche oder funktionelle Belastung darstellen, z.B. Übelkeit, Appetitlosigkeit, Fieber, sexuelle Funktionsstörungen, Luftnot, Verlust von Körperteilen. Auch dieses Item soll immer geratet werden, auch wenn keine weiteren Belastungen vorliegen (in diesem Fall mit 0)

Beispiel: Ein Patient leidet nach der Prostatakrebsbehandlung an Erektionsstörungen, die ihn stark verunsichern. Er fürchtet, dass er nie wieder in der Lage sein wird, „normalen“ Geschlechtsverkehr zu haben, was ihn sehr belastet, (sexuelle Funktionsstörung; Rating: 4)

2.2.2 Psychische Belastungen

Die Items in diesem Teil beziehen sich auf *seelische Belastungen*. Es geht vor allem um emotionale Reaktionen, unter denen der Patient leidet bzw. die von ihm als Belastung empfunden werden. Neben expliziten Patienten-Äußerungen sollte auch auf den nonverbalen Ausdruck geachtet werden (Verhalten, Körperhaltung, Stimme, Mimik und Gestik).

1. Schlafstörungen: Leidet der Patient unter Einschlafproblemen, Durchschlafproblemen, frühmorgentlichem Erwachen oder sonstigen Schlafproblemen (z.B. Alpträumen)?

Während eines stationären Aufenthalts können Schlafprobleme unter Umständen durch die ungewohnte Umgebung oder durch nächtliche Störungen bzw. Lärm durch Pflegende und Mitpatienten hervorgerufen werden. Das entscheidende Beurteilungskriterium ist, wie stark der Patient sich durch die Schlafstörungen in seinem Befinden beeinträchtigt fühlt.

Beispiel: Ein Patient leidet so stark unter Schlafstörungen, dass er nur sehr selten durchschlafen kann. Dadurch fühlt er sich tagsüber äußerst erschöpft und niedergeschlagen. Im Gespräch erwähnt er, dass der Gedanke an die Nacht für ihn unerträglich ist und dass er sich keinen Rat mehr weiß. (Rating 4)

Beispiel: Eine Patientin berichtet, dass sie nachts kaum mehr als 5 Stunden schläft, manchmal aufwacht und eine Stunde wach liegt, dass dies auch schon vor der Krebserkrankung so war und dass sie sich dadurch aber nicht beeinträchtigt fühlt (Rating 0).

2. Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit: Ist die Stimmungslage des Patienten eher konstant oder berichtet er über Stimmungsschwankungen oder Unausgeglichenheit? Wechselt die Stimmung plötzlich von Niedergeschlagenheit zu Optimismus und Euphorie? Diese emotionale Situation wird häufiger in der Frühphase der Krebserkrankung beobachtet, wenn der Patient um die Akzeptanz der Erkrankung ringt.

Beispiel: Bisherige Wertvorstellungen und Gewissheiten sind durch die Krankheit in Frage gestellt. Der Patient hat „den Boden unter den Füßen verloren“. (Rating: 4)

Beispiel: Ein Patient fühlt sich zeitweise hoffnungsvoll und hat Vertrauen in die Behandlung. Diese Zeiten wechseln sich aber fast täglich mit Phasen der Angst und Resignation ab. Er ist verunsichert, weil er so etwas von sich nicht kennt. (Rating: 2)

Starke Verunsicherung kann auch auf eine *Schockreaktion* hinweisen, in der sich der Patient wie erstarrt, überwältigt, eingefroren oder handlungsunfähig fühlt. Wenn die Schockreaktion eine Affektblockade hervorruft, wirkt der Patient ruhig und gefasst, nimmt seine Umgebung aber eher als unwirklich wahr. Informationen erreichen ihn oft nicht.

Leidet der Patient darunter, dass er seiner Krankheit und/oder seinen Behandlern hilflos ausgeliefert ist? Wird die Situation als Kontrollverlust empfunden? Äußert der Patient Gefühle der Ohnmacht oder leidet er darunter, seine Situation nicht beeinflussen zu können? Bereitet es dem Patienten Probleme, wichtige Dinge nicht mehr in der Hand zu haben und auf andere angewiesen zu sein?

Beispiel: Eine bettlägerige Patientin klagt darüber, dass sie nicht weiß, wo sich wichtige Dinge befinden, weil jeder, der in ihre Wohnung kommt (mobile Pflege, Tochter, Tante), aufräumt und in ihren persönlichen Dingen „herumkramt“, ohne sie zu fragen oder zu informieren. (Rating: 1/2)

Beispiel: Ein Patient, der vor drei Tagen erfahren hat, dass er ein Magenkarzinom hat, das in zwei Tagen operiert werden soll, berichtet, dass seine Stimmung manchmal gut und optimistisch ist, manchmal, z.B. vor dem Einschlafen, weine er, weil er keinen Ausweg sieht. Er ist durch dieses Auf und Ab völlig verunsichert. (Rating: 4)

3. Kognitive Einschränkungen (z.B. Konzentrations- / Gedächtnisstörungen): Sind kognitive Fähigkeiten wie Konzentration, Gedächtnis, örtliche oder zeitliche Orientierung beeinträchtigt? Leidet der Patient z.B. darunter, dass er sich nichts mehr merken kann?

Beispiel: Ein Patient schildert, dass er sich nicht mehr konzentrieren kann. Es fällt ihm schwer, die Zeitung zu lesen, was er normalerweise gerne tut. Er kann die Sätze, die er liest, nicht aufnehmen und erinnert sich nicht an das Gelesene. Er äußert die Befürchtung, er könnte „den Verstand verlieren“. (Rating: 4)

Beispiel: Eine Patientin verpasst hintereinander zwei wichtige Arzttermine, die sie vergessen hat, in ihren Terminkalender einzutragen. Sie berichtet, dass ihr solche „peinlichen“ Dinge in letzter Zeit öfter passieren und dass ihr Gedächtnis „nachlässt“. (Rating: 2)

4. Hilflosigkeit / Ausgeliefertsein: Leidet der Patient darunter, dass er seiner Krankheit und/oder seinen Behandlern hilflos ausgeliefert ist? Wird die Situation als Kontrollverlust

empfundener? Äußert der Patient Gefühle der Ohnmacht oder leidet er darunter, seine Situation nicht beeinflussen zu können? Bereitet es dem Patienten Probleme, wichtige Dinge nicht mehr in der Hand zu haben und auf andere angewiesen zu sein? Hilflosigkeit kann sich auch nonverbal zeigen, zum Beispiel wenn Patienten desorientiert, überfordert oder verloren wirken.

Beispiel: Eine bettlägerige Patientin klagt darüber, dass sie nicht weiß, wo sich wichtige Dinge befinden, weil jeder, der in ihre Wohnung kommt (mobile Pflege, Tochter, Tante), aufräumt und in ihren persönlichen Dingen „herumkramt“, ohne sie zu fragen oder zu informieren. (Rating: 2)

Beispiel: Ein Patient besteht darauf, dass er gut über seine Krankheit und die anstehende Chemotherapie informiert wird. Er fühlt sich in die Therapieentscheidungen mit einbezogen und hat Vertrauen in die Ärzte. (Rating: 0)

5. Angst / Sorgen / Anspannung: „Angst“ umfasst sowohl situationsbezogene Befürchtungen vor bestimmten Dingen oder Situationen als auch globale Ängstlichkeit. Angst kann mit physiologischen Reaktionen einhergehen, z.B. mit Herzrasen, Schwitzen und/oder Atemnot, die von Patienten als Symptome einer körperlichen Krankheit gedeutet werden können und dann häufig noch mehr Angst hervorrufen. Es kann auch zu plötzlichen, anfallartigen Panikattacken kommen.

Leidet der Patient unter allgemeiner Ängstlichkeit oder ängstigt er sich vor bestimmten Behandlungsverfahren, z.B. vor Chemotherapie, vor bestimmten Untersuchungsverfahren (z.B. Klaustrophobie bei der Computertomographie) oder vor operativen Eingriffen? Hat der Patient Angst vor dem weiteren Verlauf der Krankheit oder vor dem Tod (Progredienzangst)? Macht er sich Sorgen um die Zukunft?

Beispiel (situative Angst): Ein älterer Patient mit einem Sigmakarzinom ist das erste Mal im Krankenhaus und ängstigt sich sehr vor der bevorstehenden Operation. Dies äußert sich durch Zittern, Unruhe, Schwitzen und Schlafstörungen. Die Operation verzögert sich aus organisatorischen Gründen um einige Tage, was zu einer Wartezeit führt, die für den Patienten nur schwer auszuhalten ist. (Rating: 4)

Beispiel (Progredienzangst): Eine Patientin mit einem Lungenkarzinom wurde erfolgreich operiert, lebt aber in ständiger Angst vor einem Rezidiv. Die Nachuntersuchungen sind für sie immer sehr beunruhigend. Sie beobachtet sich täglich und meint oft, Symptome einer Wiedererkrankung zu spüren. (Rating: 3)

Leidet der Patient unter körperlichen oder seelischen Anspannungen, Verspannungen oder Unruhe? Fühlt er sich zum Beispiel getrieben, gehetzt, „unter Hochspannung“, ungeduldig oder in bestimmten Körperpartien verspannt?

Beispiel: Eine Patientin beschreibt, sie fühle sich seit der Krebsdiagnose wie auf einem Pulverfass. Sie sei in Aufruhr, wie getrieben und unfähig, sich zu entspannen. Im Gespräch fällt es ihr schwer, still zu sitzen. (Rating: 4)

6. Scham / Selbstunsicherheit: Leidet der Patient unter beschämenden Aspekten der Erkrankung oder der Behandlung? Erlebt er es als beschämend, krank, schwach, verunstaltet zu sein? Ist es ihm peinlich, auf Hilfe angewiesen zu sein? Inwieweit ist das Körperbild und/oder das Selbstbild durch die Erkrankung beeinträchtigt?

Beispiel: Ein Patient mit einem malignen Hodentumor fühlt sich seit der Diagnosestellung nicht mehr als „richtiger Mann“. Aus Scham hat er es bisher vermieden, mit seinen Ärzten über die möglichen Folgen der Erkrankung auf sein Sexualleben zu reden. Auch mit seiner Frau hat er das Thema noch nicht angesprochen. (Rating: 3)

Beispiel: Einer Patientin fällt es nach dem Anlegen eines Stomas teilweise schwer, die Veränderungen in ihrem Körper zu akzeptieren. Sie hat trotzdem gelernt, ihr Stoma selbst zu versorgen und scheut sich nicht, mit ihrem Mann über ihre Gefühle sprechen. (Rating: 1)

7. Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität: Wirkt der Patient niedergeschlagen, bedrückt und traurig? Kann er sich an (früher) angenehmen Aktivitäten nicht mehr erfreuen? Wirkt er resigniert bzw. sieht er seine Situation als hoffnungslos/pessimistisch? Fehlt ihm der gewohnte Antrieb? Zieht er sich von anderen Menschen zurück? Besonders ist auf nonverbale Zeichen von Niedergeschlagenheit zu achten (Mimik, Gestik, Vitalität, Veränderungen im Verhalten).

Leidet der Patient unter einer Trauerreaktion? Empfindet er traurige oder schmerzliche Gefühle angesichts von endgültigen Verlusten? Ist er niedergeschlagen und bedrückt? Unter Umständen ist eine Trauerreaktion erst im zeitlichen Verlauf von Depressivität zu unterscheiden.

Beispiel: Ein Patient berichtet mit spürbarem Schmerz, dass er viele seiner Pläne, die er sich für seinen Ruhestand vorgenommen hatte, nach seiner Lungenoperation nicht mehr verwirklichen kann. (Rating: 3)

Anzeichen einer depressiven Reaktion sind: Verlust von Freude und Interesse an Aktivitäten, die vorher Freude machten, Gefühl der Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit, Grübeln um Gedanken, von denen es nicht gelingt loszukommen, Schuldgefühle bzw. die Überzeugung, anderen nur noch „eine Last“ zu sein, Entscheidungsunfähigkeit, verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit, Gefühl der Überforderung („Ich schaffe das nicht mehr.“), Antriebsverarmung bzw. -verlust, Ein- und Durchschlafstörungen, besonders mit morgendli-

chem Früherwachen („Morgen-Grauen“), psychomotorische Verlangsamung oder innere Unruhe, sozialer Rückzug, Selbstmordgedanken.

Beispiel: Eine Brustkrebspatientin fühlt sich seit der Entfernung ihrer linken Brust wertlos und hat deshalb ihre sozialen Kontakte eingeschränkt, weil sie sich von anderen nicht verstanden fühlt. Sie schläft morgens sehr lange und hat die Lust an Aktivitäten verloren, die ihr früher Freude machten. Da sie ihren Beruf nicht mehr ausüben kann, hat sie wenig Hoffnung bezüglich ihrer Zukunft. Sie hat Angst davor, bald von Sozialhilfe abhängig zu sein und sieht keinen Ausweg. (Rating: 4)

8. Weitere psychische Belastungen: Andere emotionale Belastungen, unter denen der Patient leidet und die nicht mit den obigen Kategorien erfasst werden können, z.B. Wut, Ärger, Schuldgefühle. Auch dieses Item soll immer geratet werden, auch wenn keine weiteren Belastungen vorliegen (in diesem Fall mit 0).

Beispiel: Eine Patientin beklagt sich öfter beim Pflegepersonal. Das Zimmer sei zugig und das Essen komme meist lauwarm bei ihr an. Über ihren Hausarzt ist sie sehr verärgert, da er ihre Erkrankung nicht früh genug diagnostiziert habe. Schließlich sei sie immer bei den Vorsorgeuntersuchungen gewesen. (Wut, Ärger; Rating: 2)

Beispiel: Eine Patientin sagt: „Ich glaube, dass der Krebs hauptsächlich von falscher Ernährung kommt. Ich hätte besser auf mich achten sollen. Jetzt ist es zu spät.“ (Schuldgefühle; Rating: 3)

2.2.3 Zusätzliche Belastungsfaktoren

In diesem Teil sollen Belastungen dokumentiert werden, die sich vor allem auf das soziale Umfeld des Patienten und zusätzliche Probleme beziehen. Diese können schon vor der Erkrankung bestanden haben oder durch die Krankheit verstärkt oder ausgelöst worden sein. Die Einschätzung erfolgt dichotom (ja – nein), da es hier nicht um Befindlichkeiten, sondern um das Vorhandensein (oder Nicht-Vorhandensein) von konkreten Problemen geht.

1. Belastende Probleme im Familien- oder Freundeskreis: Hierzu gehören sowohl Beziehungsprobleme, die durch die Krankheit hervorgerufen wurden als auch Probleme, die unabhängig von der Erkrankung eine Belastung darstellen. Gemeint sind nicht nur Spannungen und Konflikte, sondern auch Belastungen wie z.B. Krankheit oder Tod einer nahen Bezugsperson, Sorge um Angehörige, Probleme in Bezug auf die Versorgung von Kindern oder pflegebedürftigen Familienmitgliedern, Unfähigkeit von Bezugspersonen, mit der Krebserkrankung umzugehen, d.h. alles, was im Kontext bedeutsamer Beziehungen eine Belastung darstellt und über die zu erwartenden Reaktionen (z.B. Betroffenheit der Angehörigen) hinausgeht.

Beispiel: Eine Patientin macht sich große Sorgen um ihr behindertes Kind, das zwar in einer Behinderteneinrichtung betreut wird, aber am Wochenende normalerweise nach Hause kommt. Sie kann die Versorgung des Kindes am Wochenende nun nicht mehr leisten und befürchtet negative Auswirkungen auf das Kind und die Familie.

Beispiel: Eine Patientin, die sich vor kurzem dazu entschlossen hatte, sich von ihrem Ehemann zu trennen, erkrankt an einem Rezidiv. Sie weiß nicht, ob sie die Trennung trotz der Krankheit verwirklichen kann, möchte aber auch nicht in der problematischen Beziehung bleiben. Dies belastet sie sehr.

2. Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme: Welche finanziellen und beruflichen Folgen hat die Erkrankung für den Patienten? Ist er dadurch in seiner wirtschaftlichen Existenz bedroht? Ist er um seine berufliche Zukunft besorgt oder leidet er darunter, dass er nicht mehr oder nicht mehr wie bisher berufstätig sein kann? Gab es schon vor der Erkrankung Probleme in diesen Bereichen?

Beispiel: Ein 40jähriger Patient muss aufgrund einer Tumorerkrankung Erwerbsminderungsrente beantragen. Er hat vor wenigen Jahren ein Haus gebaut, das mit einer größeren Hypothek belastet ist. Die vereinbarten monatlichen Zahlungen kann er nicht mehr leisten. Er fürchtet, dass bald eine Zwangsversteigerung droht und weiß keinen Ausweg aus der Situation.

Beispiel: Einem Patienten wurde von seinem Arbeitgeber nahe gelegt, Frührente zu beantragen, da er ja sowieso nicht mehr arbeiten könne. Dem Patienten bedeutet sein Beruf allerdings sehr viel und er hatte gehofft, stufenweise wieder in die Berufstätigkeit einsteigen zu können. Die Reaktion des Arbeitgebers hat ihm alle Hoffnung genommen. Er fühlt sich unverstanden und abgeschoben.

3. Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren: Hier können andere zusätzlich zur Krebserkrankung bestehende oder durch die Krankheit verursachte belastende Faktoren ergänzt werden, zum Beispiel Probleme mit Behandlern oder Belastungen infolge Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit.

Beispiel: Ein Patient leidet nach der Resektion eines Rektumkarzinoms darunter, dass der mobile Pflegedienst ihn bei der Stomaversorgung unterstützen muss. Es ist ihm unangenehm, dass regelmäßig fremde Personen in seine Wohnung kommen.

Beispiel: Eine Patientin berichtet, dass die Ärzte nicht das geringste Verständnis für sie hätten. Niemand habe ihr erklärt, was ihre Diagnose genau bedeute. Auf ihre Fragen bekomme sie nur einsilbige und ausweichende Antworten. Sie könne den Ärzten nicht mehr vertrauen und fühle sich wie eine Nummer behandelt.

4. Das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitsunabhängige Belastungen beeinflusst: Häufig wird das emotionale Befinden der Tumorerkrankten auf die Tumorerkrankung zurückgeführt. Es können aber auch andere, krankheitsunabhängige Probleme vorherrschend sein.

Steht das psychosoziale Befinden primär in Zusammenhang mit der Krebserkrankung oder gibt es andere Faktoren und Auslöser? Gab es schon vor der Erkrankung ähnliche Probleme?

Beispiel: Bei einem Patienten, der schon vor der Erkrankung unter einer Angststörung litt, etwa unter nächtlichen Angstzuständen und Panikattacken, die sich durch die Krebsdiagnose verschlimmerten, ist der aktuelle emotionale Zustand nicht ausschließlich krankheitsbedingt. Die früheren psychischen Belastungen spielen zusätzlich eine Rolle und beeinflussen das seelische Befinden.

Beispiel: Eine ältere Patientin hat ein Nierenzell-Karzinom. Sie hat die Operation gerade hinter sich und eine recht gute Prognose. Sie ist sehr niedergeschlagen und weint sofort, wenn man sie anspricht. Beim Nachfragen stellt sich heraus, dass Ihre erwachsene Tochter gerade mit einer „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ in eine psychiatrische Klinik gekommen ist. Sie weiß nicht was die Diagnose bedeutet, ist voller Schuldgefühle und Angst.

2.2.4 Indikation

Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung: Hier kann erfasst werden, ob gegenwärtig von psychoonkologischen Maßnahmen (z.B. Einzelgesprächen, Entspannungsgruppe, Psychoedukation) eine Verbesserung der Befindlichkeit oder Lebensqualität des Patienten zu erwarten ist oder ob mindestens eine genauere psychoonkologische Untersuchung zur Klärung der Bedürftigkeit notwendig ist. Die Antwort ist unabhängig davon zu geben, ob der Patient Interesse oder Motivation ausdrückt, eventuelle Therapieangebote auch anzunehmen.

Wenn eine Vereinbarung getroffen wird, dass der Patient sich bei Bedarf wieder an den Untersucher wenden kann, aber momentan keine weitere Unterstützung notwendig ist, soll bei Indikation „nein“ angekreuzt werden.

Die Indikationsstellung kann bei Bedarf unterstützt werden durch die im folgenden dargestellten Schwellenwerte.

2.2.5 Schwellenwertkriterien

Zur Identifizierung von psychoonkologisch betreuungsbedürftigen Krebspatienten auf der Grundlage der PO-Bado werden hier empirisch ermittelte Schwellenwertkriterien vorgeschlagen:

- Weist der Patient in den somatischen oder in den psychischen Belastungsitems mindestens ein Rating 4 auf oder mindestens 2 mal das Rating 3, so kann er als psychoonkologisch betreuungsbedürftiger Patient eingestuft werden.
- Liegen seine Ratings in den somatischen und psychischen Items unterhalb dieser Kriterien, weist er aber in den zusätzlichen Belastungsitems 2 mal eine Ja-Antwort auf, so liegt ebenfalls Behandlungsbedarf vor.
- Auch bei nur einer Ja-Antwort in den zusätzlichen Belastungsitems und zusätzlich mindestens einem Rating 3 in den somatischen oder in den psychischen Items sind dem Patienten psychoonkologische Maßnahmen anzuraten.

mindestens 1 x 4	}	in den somatischen oder psychischen Belastungen
oder		
mindestens 2 x 3		
oder		
mindestens 2 x Ja		in den zusätzlichen Belastungsfaktoren
oder		
mindestens 1 x 3		in den somatischen oder psychischen Belastungen
plus 1 x Ja		in den zusätzlichen Belastungsfaktoren

3. Interviewleitfaden

3.1 Allgemeines

Da die PO-Bado sowohl eine Standardisierung der Befunderhebung als auch eine Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation fördern soll, ist ihre Anwendung nicht nur psychonkologischen Mitarbeitern vorbehalten. Das Instrument kann von allen Berufsgruppen, die mit Krebspatienten arbeiten, und in allen Settings, in denen Tumorpatienten betreut und behandelt werden, eingesetzt werden.

Voraussetzung für eine reliable und valide Dokumentation ist ein **persönliches Gespräch mit dem Patienten**, in dem alle Bereiche der PO-Bado angesprochen werden. Hierfür dient der vorliegende Interviewleitfaden als Orientierungs- und Strukturierungshilfe. Der Untersucher sollte am Ende des Gesprächs bei allen Items eine Einschätzung vornehmen können. Die Dauer des Gesprächs variiert zwischen 20 und 35 Minuten. Die Teilnahme an einem speziellen Interviewertraining wird empfohlen.

Das Ansprechen der einzelnen Belastungsbereiche sollte möglichst mit einer allgemein formulierten **Orientierungsfrage** zur aktuellen Situation eingeleitet werden (vgl. Anhang 3 Orientierungsfragen im Überblick).

Beispiel Bereich somatische Belastungen: „Wie geht es Ihnen körperlich?“

In Abhängigkeit von den Patientenäußerungen sollten anschließend **spezifische Fragen** zu konkreten Symptomen gestellt werden.

Beispiel: „Wie schlafen Sie nachts?“ ... „Wie stark leiden Sie momentan unter Schmerzen?“

Es empfiehlt sich, im Verlauf des Gesprächs zu jedem Bereich eine Orientierungsfrage zu stellen und Fragen der Ebene 2 dann einzusetzen, wenn spontan vom Patienten wenig berichtet wird oder wenn Belastungen genannt werden, zu denen sich der Untersucher ein besseres Bild machen möchte.

Wenn durch die Äußerungen des Patienten seine subjektive Belastung durch eine Beschwerde nicht beurteilt werden kann, sollte der Untersucher immer explizit nachfragen.

Beispiel: „Sie sagten gerade, dass Sie in den letzten Tagen sehr schlecht geschlafen haben. Wie sehr macht Ihnen das zu schaffen?“

Wenn der Untersucher den Eindruck hat, dass ein Aspekt den Patienten belastet, sich aber nicht sicher ist, kann er dem Patienten dies rückmelden und nachfragen, ob er mit seiner Annahme richtig liegt.

Beispiel: „Wenn Sie so schildern, wie aktiv Sie gewöhnlich sind, kann ich mir vorstellen, dass Sie sehr darunter leiden, momentan nicht aufstehen zu können.“

Bezugsrahmen für die somatischen und psychischen Belastungen sind immer **die letzten drei Tage**. Man kann dies dem Patienten einleitend zur seiner eigenen Orientierung mitteilen.

Neben den verbalen Informationen sollte der Untersucher grundsätzlich auch auf den **non-verbale Ausdruck** des Patienten achten und dies bei den Angaben in der PO-Bado berücksichtigen (z. B. feuchte Augen, häufiges Wechseln der Sitzposition, in sich gekehrte / bewegungsarme Körperhaltung, monotone Stimme). Falls eine deutliche Diskrepanz zwischen den Äußerungen des Patienten und dem subjektiven Eindruck des Untersuchers besteht, sollte dies vorsichtig angesprochen werden.

Beispiel: „Sie sagen, dass Sie gut mit Ihrer Krankheit zurecht kommen, aber vorhin, als Ihnen die Tränen kamen, hatte ich den Eindruck, dass Sie sehr besorgt sind.“

Sehr schwierig ist die Berücksichtigung von „Verleugnung“ bei der Einschätzung des Patienten (vgl. Herschbach & Heussner 2008). Im Zweifel sollte mit Interpretationen (den Patienten als sehr stark belastet einordnen, ob wohl er sagt, es gehe ihm recht gut) sehr zurückhaltend umgegangen werden.

3.2 Der Gesprächsbeginn

Ein guter Gesprächseinstieg sollte folgende Elemente bzw. Informationen beinhalten:

- Begrüßung mit Nennung des Namens des Patienten,
- eine Vorstellung des Untersuchers/Therapeuten und seiner Rolle/Tätigkeit,
- der Anlass und Zweck des Kontakts und was besprochen werden soll,
- die voraussichtliche Dauer des Gesprächs.

Je nach Anlass des Kontakts (Eigeninitiative des Patienten oder anderer Personen) können unterschiedliche Arten des Gesprächsbeginns angemessen sein:

Beispiel: „Ich wurde von Dr. X gerufen, der den Eindruck hatte, dass Sie momentan eine schwierige Situation zu bewältigen haben.“

oder

„Wir sprechen mit jedem neuen Tumorpatienten in unserer Klinik.“

Sie sollten den Patienten darauf hinweisen, dass Sie sich mit ihm im folgenden Gespräch gerne **über sein aktuelles körperliches und vor allem auch seelisches Befinden** unterhalten möchten.

Oft kommen Patienten mit einem bestimmten Anliegen, das Vorrang hat und dem im Gespräch genügend Raum gegeben werden sollte. Das Anliegen des Patienten kann auch direkt erfragt werden, wenn der Patient nicht spontan äußert, was er besprechen möchte.

Beispiel: „Was ist Ihnen für dieses Gespräch besonders wichtig?“

In bestimmten Settings, z.B. beim stationären Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus, wird der Untersucher häufig auf Anfrage des Arztes oder Pflegepersonals zum Patienten „geschickt“, ohne dass der Patient selbst Betreuungsbedarf signalisiert oder ein konkretes Anliegen genannt hat. Nicht selten weiß der Patient gar nicht, warum der Arzt ihn zum Psycho-Onkologen geschickt hat oder ist skeptisch und fühlt sich durch den Besuch eines psychosozialen Mitarbeiters stigmatisiert („Jetzt denken die wohl, ich bin verrückt.“). In diesem Fall ist es ratsam, diese Skepsis offen anzusprechen und dem Patienten zu erklären, warum ein psychosozialer Mitarbeiter angefordert wurde. Es kann auch hilfreich sein, dem Patienten die psychoonkologischen Angebote kurz vorzustellen, damit er weiß, was er von den Kontakten erwarten kann.

Beispiel: „Ihr Arzt hat mich gebeten, heute bei Ihnen vorbeizuschauen. Hat man Sie darüber informiert? ... „Ihrem Arzt ist es wichtig, dass ich mit Ihnen spreche, weil ...“ ... „Vielleicht wundern Sie sich darüber, dass ein Psychologe bei Ihnen vorbeikommt. - Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es Patienten sehr helfen kann, wenn Sie die Möglichkeit haben, mit jemandem über Ihre Krankheit und alles, was so damit zusammen hängt, zu reden. Das möchten wir Ihnen gerne anbieten.“

Gesprächsunerfahrene Patienten sind es oft nicht gewohnt, über ihr Befinden und ihre Gefühle zu sprechen. Deshalb ist es wichtig, darauf zu achten, welche Sprache und Bilder der Patient selbst verwendet und diese aufzugreifen. Fachsprache und für den Patienten ungewohnte psychologische Begriffe (z.B. Emotionen, Konzentrationsstörung) sollten vermieden werden. Wenn ein Patient z.B. sagt „Ich bin einfach nicht mehr der Alte.“ könnte das darauf hinweisen, dass das Selbstbild des Patienten grundlegend erschüttert wurde. Dieser Ausdruck („nicht mehr der Alte sein“) kann im weiteren Gespräch verwendet werden, um näher über die vom Patienten erlebten Veränderungen zu sprechen.

Die Erfassung der soziodemographischen und medizinischen Angaben kann z.B. während der üblichen Anamneseerhebung oder aus den Akten erfolgen. Viele Informationen bekommt man im Verlauf des Gesprächs, so dass ein „Abfragen“ dieser Items vermieden werden kann. Nachdem der Patient Raum hatte, seine Probleme und Sorgen frei zu äußern, ist es die Aufgabe des Untersuchers, den weiteren Verlauf des Gesprächs zu strukturieren. Wenn mehrere Probleme angesprochen wurden, kann der Untersucher z.B. fragen, welches Problem der Patient zuerst besprechen möchte, das heißt was ihn momentan am stärksten beschäftigt. Das weitere Gespräch wird sich dann daran orientieren. Die unten beschriebenen Orientierungsfragen zu den einzelnen Bereichen der PO-Bado können als Strukturierungshilfe dienen.

3.3 Erhebung der somatischen Belastungen

Wenn der Patient zu derzeitigen somatischen Belastungen spontan nichts geäußert hat, kann eine Orientierungsfrage gestellt werden, um das Thema einzuleiten werden (vgl. auch Anhang 3 Orientierungsfragen im Überblick):

Beispiel: „Wie geht es Ihnen im Moment körperlich?“ – „Gibt es körperliche Beschwerden, unter denen Sie leiden oder in Ihrem Alltag einschränken?“

Anschließend sollten die einzelnen Bereiche zunächst ebenfalls offen angesprochen und anschließend vertieft werden, auch in Form geschlossener Nachfragen (s. folgende Beispiele).

- **Erschöpfung / Mattigkeit**

Beispiel: „Werden Sie leicht müde?“ ... „Wie sieht es mit Ihrer Energie aus?“

- **Schmerzen**

Beispiel: „Wie stark leiden Sie unter Schmerzen?“ ... „Sind die Schmerzen den ganzen Tag gleich, oder verändern sie sich“ ... „Können Sie selber etwas tun, um die Schmerzen zu beeinflussen?“

- **Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens**

Beispiel: „Wie kommen Sie mit Ihren alltäglichen Aufgaben, zum Beispiel mit Ihrem Haushalt, zurecht?“

- **Weitere somatische Belastungen** (z.B. Übelkeit, Verlust von Körperteilen, sexuelle Funktionseinschränkungen):

Beispiel: „Gibt es noch andere körperliche Beschwerden, die Sie belasten?“

Hierbei ist, wie oben erwähnt, das zentrale Beurteilungskriterium die subjektive Belastung des Patienten, nicht das Ausmaß von Beschwerden.

Falls der Patient relativ unkonkret diffuse Beschwerden schildert, ohne dass sich der Untersucher vorstellen kann, was genau vorliegt (z. B. „Ich fühle mich einfach sehr unwohl.“ „Ich kann mich nicht mehr so bewegen wie früher.“), sollte der Untersucher das vom Patienten Gesagte aufgreifen und ihn um eine konkretere Beschreibung bitten:

Beispiel: „Wie sieht dieses Unwohlsein aus?“ ... „Ist das immer gleich oder gibt es Zeiten, wo es Ihnen besser geht?“ ... „Seit wann fühlen Sie sich unwohl?“

Um einen Themenbereich abzuschließen, bietet es sich an, das bisher Gesagte zusammenzufassen und den Patienten zu fragen, ob es noch weitere Beschwerden in diesem Bereich gibt, die noch nicht erwähnt wurden.

Da die PO-Bado nur die zentralen, häufiger genannten Belastungsfaktoren beinhaltet, gibt es in jedem Bereich ein Item zur Ergänzung weiterer Belastungen. Dieses sollte immer genutzt werden, wenn der Patient Probleme erwähnt, die nicht mit den vorhandenen Items erfasst werden können. Je nach Tumorlokalisation und Behandlung sollten zusätzlich spezifische Beschwerden (z.B. Fieber oder Luftnot) erfragt und dokumentiert werden.

3.4 Erhebung der psychischen Belastungen

Das psychische Befinden des Patienten kann mit einer allgemeinen Frage (vgl. auch Anhang 3 Orientierungsfragen im Überblick) angesprochen werden, die möglichst offen gestellt werden sollte. Dies erlaubt es dem Patienten, entweder positive oder negative, belastende Gefühle zu äußern, bzw. das Angebot, über seelische Belastungen zu reden anzunehmen oder auch abzulehnen.

Orientierungsfrage: „Wie geht es Ihnen im Augenblick seelisch?“ ... „Wie würden Sie Ihre Stimmung beschreiben?“ ... „War das schon immer so oder hat sich in der letzten Zeit etwas an Ihrem seelischen Befinden geändert?“

Vielen Patienten fällt es schwer, ihre seelische Befindlichkeit zu artikulieren. Daher können Angebote des Untersuchers notwendig sein:

Beispiel: „Ich könnte mir vorstellen, dass Sie das manchmal sehr bedrückt.“ ... „Merkten Sie auch manchmal, dass Sie richtig zornig werden?“

Bei der Erhebung des seelischen Befindens ist es besonders wichtig, auf Äußerungen der Patienten zu achten, die auf Belastungen hinweisen und diese aufzugreifen. Äußerungen wie „Manchmal weiß ich nicht, wie das noch weitergehen soll“, könnten Sorgen hinsichtlich der Zukunft, Ängste oder Hoffnungslosigkeit ausdrücken. Allgemeine Bemerkungen, z.B. „Na ja, man macht sich schon so seine Gedanken“ können mit Fragen wie „Was geht Ihnen da durch den Kopf?“ aufgegriffen werden.

Falls der Untersucher aufgrund von Vorinformationen oder eigener Beobachtungen eine Vermutung bezüglich noch nicht erwähnter seelischer Probleme hat, kann er dies ansprechen.

Beispiel: „Als Sie vorhin die Untersuchung erwähnten, die morgen durchgeführt werden soll, haben Sie sehr besorgt ausgesehen. Wie geht es Ihnen damit?“

Auch in diesem Teil gibt es ein Item zur Ergänzung weiterer psychischer Belastungen. Dieses sollte immer genutzt werden, wenn der Patient Probleme erwähnt, die nicht mit den vorhandenen Items erfasst werden können. Es empfiehlt sich, nach einer Zusammenfassung auch hier nachzufragen, ob es weitere Belastungen gibt.

Beispiel: „Gibt es noch etwas, worüber Sie sich viele Gedanken machen?“

Spezifische Fragen sind nötig, wenn die Bereiche nicht spontan angesprochen werden.

- **Schlafstörungen**

Die Frage nach Schlafstörungen empfiehlt sich als Einstieg, weil sie oft Hinweise auf psychische Belastungen gibt (z.B. Angst/Sorgen, Depressivität, Anspannung). Wenn ein Patient z.B. berichtet, dass er unter frühmorgentlichem Erwachen leidet, kann die Frage „Mit was wachen Sie dann auf?“ oder „Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie aufwachen / nicht schlafen können?“ evtl. psychische Belastungen zur Sprache bringen. Auch Träume können auf Ängste und Probleme hinweisen („Wachen Sie manchmal aus schlechten Träumen auf?“).

Beispiel: „Wie gut schlafen Sie im Moment?“

- **Stimmungsschwankungen / Verunsicherung**

Beispiel: „Würden Sie Ihre Stimmung als konstant oder eher als wechselnd beschreiben?“ „Erleben Sie Stimmungseinbrüche?“

- **Kognitive Einschränkungen (z.B. Konzentrations- / Gedächtnisstörung)**

Beispiel: „Wie gut können Sie sich momentan auf ein Buch, eine Zeitung oder eine Fernsehsendung konzentrieren?“ „Ich sehe hier einige Zeitschriften. Lesen Sie gerne?“

- **Hilflosigkeit / Ausgeliefertsein**

Beispiel: „Wie gut fühlen Sie sich hier in der Klinik aufgehoben?“ „Wie viel Kontrolle haben Sie aus Ihrer Sicht über Ihre Situation?“ „Bereitet es Ihnen Probleme, dass Sie momentan so wenig ausrichten können?“

- **Angst / Sorgen / Anspannung**

Häufig ist es günstiger, hier zunächst von „Sorgen“ oder „Befürchtungen“ zu sprechen, weniger von „Angst“.

Beispiel: „Wie stark sind Sie um Ihren Gesundheitszustand besorgt?“ „Was ist momentan Ihre größte Sorge?“

- **Scham / Selbstunsicherheit**

Besonders der Faktor „Scham /Selbstunsicherheit“ wird meist nicht spontan vom Patienten selbst angesprochen. Evtl. kann der Untersucher erwähnen, dass viele Patienten in einer ähnlichen Lage unter solchen Gefühlen leiden. Dies signalisiert dem Patienten, dass derartige Probleme nicht ungewöhnlich sind und eröffnet die Möglichkeit, darüber zu sprechen.

Beispiel: „Ich höre oft von Patienten, die eine ähnliche Operation wie Sie gehabt haben, dass es schwierig ist, sich an die Veränderungen im Körper zu gewöhnen. Wie kommen Sie damit zurecht?“

Beispiel: „Wie kommen Sie mit den Veränderungen Ihres Körper zurecht?“ „Mit wem können Sie offen über Ihre Krankheit sprechen?“

- **Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität**

Es empfiehlt sich, belastende Affekte möglichst niedrigschwellig und vorsichtig zu thematisieren. Begriffe, die der Patient zur Beschreibung seines Befindens verwendet, sollten immer geklärt werden. Wenn ein Patient z.B. sagt: „Ich bin depressiv.“ sollte der Untersucher nachfragen, was der Patient genau damit meint bzw. verbindet.

Beispiel: „Fühlen Sie sich manchmal auch niedergeschlagen?“

Beispiel: „Was verstehen Sie unter depressiv sein? ... Wie erleben Sie das?“

Ergeben sich aus dem bisherigen Gesprächsverlauf Hinweise auf spezielle psychische Belastungen, sollten diese aufgegriffen und konkretisiert werden.

Beispiel: „Sie erwähnten vorhin, dass Sie sich sehr hilflos fühlen, wenn Sie die Übelkeit überfällt, weil Sie so gar nichts dagegen tun können. Denken Sie manchmal daran, die Behandlung abubrechen, wenn es Ihnen so schlecht geht?“

- **Weitere psychische Belastungen (z.B. Wut, Ärger, Schuldgefühle)**

Beispiel: „Gibt es außer dem was Sie bisher erwähnt haben noch andere Dinge, die Ihnen zu schaffen machen?“

3.5 Erhebung der zusätzlichen Belastungsfaktoren

Soziale und weitere Belastungen können in der Regel mit generellen Fragen zur familiären Situation oder der allgemeinen Lebenssituation erhoben werden. Der Untersucher sollte sich einen Eindruck zu folgenden Bereichen verschaffen:

- Beziehungen und Familie
- soziales Umfeld und Freundeskreis
- aktuelle Arbeitssituation und wirtschaftliche Situation

Hier ist nicht die Belastungsstärke einzuschätzen sondern lediglich mit „Ja“ oder „Nein“ zu antworten.

Orientierungsfrage: „Wie leben Sie momentan?“ ... „Leben Sie allein oder mit einem Partner / einer Familie?“ ... „Wie sieht Ihre familiäre / berufliche Situation aus?“

Je nachdem, was der Patient auf diese Fragen hin berichtet, kann der Untersucher genauere Fragen stellen.

Beispiel: „Wie ist es für Ihre Frau (Ihre Familie), dass Sie jetzt krank sind?“

Um zu ermitteln, ob es zusätzliche Belastungen gibt, die bisher noch nicht erwähnt wurden, kann eine allgemeine Frage gestellt werden:

Orientierungsfrage: „Gibt es noch andere Probleme oder Sorgen, die wir bisher noch nicht besprochen haben?“

In Bezug auf zusätzliche Belastungsfaktoren sind sowohl krankheitsbedingte als auch krankheitsunabhängige Probleme relevant.

Im PO-Bado Bogen soll angegeben werden, ob das seelische Befinden durch **krankheitsunabhängige Belastungen** beeinflusst ist. Es kommt immer wieder vor, dass die aktuelle emotionale Belastung des Patienten stärker durch krebsunabhängige Faktoren bestimmt ist als durch die Krebserkrankung. Dies können andere Erkrankungen sein oder auch familiäre Faktoren (z.B. der Suizidversuch der Tochter) oder auch berufliche / finanzielle Probleme (z.B. drohende Arbeitslosigkeit). Falls dies aus den Antworten des Patienten nicht ersichtlich ist, kann der Untersucher eine gezielte Frage stellen:

Beispiel: „Sind diese Gefühle – diese Traurigkeit und diese Ängste – denn vor allem durch ihre Krankheit bedingt oder gibt es noch andere Ursachen, die dafür verantwortlich sein könnten?“

An dieser Stelle kann es auch von Bedeutung sein zu erfragen, ob Probleme schon vor der Erkrankung bestanden haben:

Beispiel: „Kennen Sie solche Phasen der Niedergeschlagenheit von früher?“

Das entsprechende Item der PO-Bado ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn solcherart krankheitsunabhängige Belastungsfaktoren genannt wurden.

3.6 Beendigung des Gesprächs, Zusammenfassung & Indikation

Um das Gespräch abzuschließen empfiehlt es sich, die Hauptpunkte kurz zusammenzufassen und dem Patienten Rückmeldung über die im Gespräch gewonnenen Eindrücke zu geben. So kann der Patient überprüfen, ob er richtig verstanden wurde.

Beispiel: „Ich habe den Eindruck, dass die Sorge um den weiteren Verlauf Ihrer Erkrankung aktuell das lebensbestimmende Thema“

Aus der Zusammenfassung des Gesprächs ergibt sich in der Regel die Indikation bzw. das weitere Vorgehen. Hierbei ist es wichtig, mit dem Patienten die bestehenden Angebote zu besprechen und zu klären. Ein Konsens, der für alle Gesprächspartner akzeptabel ist, sollte angestrebt werden. Wenn der Untersucher den Eindruck hat, dass professionelle psychosoziale Unterstützung nötig ist, sollte er dem Patienten dies rückmelden und das weitere Vorgehen klar vereinbaren.

Beispiel: „Ich habe den Eindruck gewonnen, dass Sie momentan recht gut zurechtkommen, so dass Sie keinen Psychoonkologen brauchen. Sehen Sie das auch so? (Wenn sich daran etwas ändern sollte, können Sie uns ... erreichen“).

4. Literatur

- Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P. (1982). Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 5:649-655, 1982.
- Knight, L., Mussell, M., Brandl, T., Herschbach, P., Marten-Mittag, B., Treiber, M., Keller, M. (2008). Development and psychometric evaluation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado), a tool for standardized assessment of cancer patients. *J Psychosom Res*, Apr;64 (4):373-81.
- Herschbach, P., Book, K., Brandl, T., Keller, M., Lindena, G., Neuwöhner, K., Marten-Mittag, B. (2008). Psychological distress in cancer patients assessed with an expert rating scale. *Br J Cancer*. Jul 8;99(1):37-43.
- Herschbach, P., Book, K., Brandl, T., Keller, M., Marten-Mittag, B. (2008). The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado) - An Expert Rating Scale for the Psychosocial Condition of Cancer Patients. *Onkologie*, 31: 591-596
- Herschbach, P., Heussner, P. (2008). Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis. Clett-Kotta, Stuttgart.
- Herschbach, P., Weis, J. (Hrsg.) Screeningverfahren in der Psychoonkologie. Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Eine Empfehlung der PSO für die psychoonkologische Behandlungspraxis. Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin 2008
- Herschbach, P. (2006), Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie. *Der Onkologe* 12: 41-47
- 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.
- Herschbach, P., Brandl, T., Knight, L & Keller, M. Das subjektive Befinden von Krebskranken einheitlich beschreiben - Vorstellung der Psycho-Onkologischen Basisdokumentation (PO-Bado). *Deutsches Ärzteblatt* 2004, 101 (12), 799-802

Anhang 1: Definition der PO-Bado Diagnosekategorien

PO-Bado Diagnosekategorie	Definition: Bösartige Neubildungen ...	Untergruppen	IDC-10 Code
Mamma	... der Brustdrüse		C50
Gyn. Tumore	... der weibl. Geschlechtsorgane	Vulva/Vagina Cervix Uteri Corpus Uteri/ Endometrium Ovarien	C51/C52 C53 C54 C54.1 C55
Lunge / Bronchien	... der Bronchien und der Lunge		C34
Prostata / Hoden	... der männl. Geschlechtsorgane	Prostata Hoden	C61 C62
Colon / Rektum	... des Dick- / Enddarms	Dickdarm Rektum Anus	C18 C20 C21
HNO	... des Nasen- / Rachenraums	Nasenhöhle Nasennebenhöhlen Larynx Oropharynx Nasopharynx Mundbereich	C30 C31 C32 C10 C11 C00-06
Hämatologische Erkrankungen	... des lymphatischen und blutbildenden Gewebes	Leukämien Lymphome Morbus Hodgkin Plasmozytome	C91-95 C82-85 C81 C90
Haut	... der Haut	Melanome Basaliome	C43 C44
Weichteiltumore (Sarkome)	... des Weichteilgewebes	Sarkom	C46
Urologische Tumore	... der Harnorgane	Nieren Nierenbecken Ureter Harnblase	C64 C65 C66 C67
Magen, Ösophagus, Pankreas	... der oberen Verdauungsorgane	Magen Dünndarm Ösophagus Pankreas Leber	C16 C17 C15 C25 C22
Sonstige	Tumordiagnosen, die in den vorgegebenen Kategorien nicht erfasst sind.	z.B. CUP (unbekannter Primärtumor)	

Anhang 2: Aktueller Funktionsstatus – ECOG-Scala (Eastern Cooperative Oncology Group performance scale)

ECOG		Karnofsky
0	Normale Aktivität	100 %
1	Symptome vorhanden, Pat. ist aber fast uneingeschränkt gehfähig	85 %
2	Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50 % der normalen Tageszeit	65 %
3	Pat. muss mehr als 50 % der normalen Tageszeit im Bett verbringen	45 %
4	Pat. ist ständig bettlägerig	20 %

Anhang 3: Orientierungsfragen im Überblick

PO-Bado Bereich	Orientierungsfragen
Gesprächsbeginn	<p>„Ihr Arzt hat mich gebeten, heute bei Ihnen vorbeizuschauen. Hat man Sie darüber informiert?“</p> <p>„Ihrem Arzt ist es wichtig, dass ich mit Ihnen spreche, weil ...“</p>
Soziodemographische und Medizinische Angaben	<p>„Ich würde Ihnen gern sagen, was ich schon über Ihre Krankheit weiß. Bitte korrigieren Sie mich, wenn etwas Ihrer Meinung nach nicht stimmt.“</p> <p>„Können Sie mir sagen, wie das mit Ihrer Krankheit angefangen hat?“</p> <p>„Was meinen Sie, wie es jetzt weitergeht?“</p>
Somatische Belastungen	<p>„Wie geht es Ihnen im Moment körperlich?“</p> <p>„Gibt es körperliche Beschwerden, unter denen sie leiden oder die sie in Ihrem Alltag einschränken?“</p>
Psychische Belastungen	<p>„Wie geht es Ihnen im Augenblick seelisch?“</p> <p>„Wie würden Sie Ihre Stimmung beschreiben?“</p>
Zusätzliche Belastungen	<p>„Wie leben Sie momentan?“</p> <p>„Wie sieht Ihre familiäre / berufliche Situation aus?“</p> <p>„Gibt es noch andere Probleme oder Sorgen, die wir bisher noch nicht besprochen haben?“</p>

Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)

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"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weiteren somatischen Belastungen (z.B. Übelkeit, Verlust von Körperteilen, sexuellen Funktionsstörungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kognitiven Einschränkungen (z.B. Konzentrations-/ Gedächtnisstörung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hilflosigkeit / Ausgeliefertsein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst / Sorgen / Anspannung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Scham / Selbstunsicherheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weiteren psychischen Belastungen (z.B. Wut, Ärger, Schuldgefühle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------